

Universidade Aberta do SUS – UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade à Distância

Turma 03

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA  
PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES  
MELLITUS NA UBS GASPAR  
FERNANDES - Manacapuru – Amazonas

**WALDERLIR FERREIRA DA MOTA**

Orientadora: Nailê Damé-Teixeira

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Saúde da Família – Modalidade à Distância  
– UFPEL/UNASUS, como requisito parcial  
para a obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família.

Manaus - AM

2014

Walderlir Ferreira Da Mota

**Qualificação da atenção básica para adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Gaspar Fernandes - Manacapuru – Amazonas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade à Distância - UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Manaus - AM

2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS**  
**Catálogo na Publicação**

M917q Mota, Walderlir Ferreira da

Qualificação da atenção básica para adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Gaspar Fernandes - Manacapuru – Amazonas / Walderlir Ferreira da Mota; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

64 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Damé-Teixeira, Nailê, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS**

SUS: Sistema Único de Saúde

MS: Ministério da Saúde

AM - Amazonas

UBS: Unidade Básica de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia da Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

mmHg: Milímetro de mercúrio

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

## RESUMO

A epidemia de Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus vem desafiado o Sistema Único de Saúde brasileiro. O objetivo do presente trabalho foi desenvolver uma intervenção a fim de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na UBS Gaspar Fernandes, no município de Manacapuru - Amazonas. A intervenção foi estruturada para ser desenvolvida em um período de 04 meses. Participaram da intervenção os pacientes com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS detectados pelo rastreamento da equipe de saúde da família, e também os pacientes da área de abrangência já diagnosticados como hipertensos e/ou diabéticos. Além dos atendimentos médicos e de enfermagem, foram desenvolvidas atividades de visitas domiciliares, o que elevou o número de pessoas atingidas pela intervenção, pois a população tem acesso dificultado à UBS. A assistência à saúde dessa população melhorou, apesar de pequeno o aumento da cobertura (cálculo baseado em uma área de abrangência com mais de 12.000 pessoas), em quatro meses de intervenção foram atendidos 256 adultos com 20 anos ou mais portadores de HAS e outros 76 portadores de DM. Realizamos 203 orientações sobre tabagismo para hipertensos e diabéticos, 207 orientações sobre alimentação e dieta (não contamos com nutricionista na UBS), 79 hipertensos e 38 diabéticos estavam devidamente compensados em seus níveis pressóricos e glicêmicos respectivamente e 511 hipertensos e 151 diabéticos cadastrados no Programa Farmácia Popular recebendo suas terapias regularmente. Com base nos resultados alcançados, sugere-se que a intervenção trouxe ganhos para um grande número de pessoas e as ações deveriam ser institucionalizada nesta unidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>Apresentação</b>	06
<b>1 Análise Situacional</b>	07
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	07
1.2 Relatório da Análise Situacional	08
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	13
<b>2 Análise Estratégica</b>	14
2.1 Justificativa	14
2.2 Objetivos e metas	16
2.2.1 Objetivo Geral	16
2.2.2 Objetivos específicos	16
2.2.3 Metas	16
2.3 Metodologia	18
2.3.1 Detalhamento das ações	18
2.3.2 Indicadores	19
2.3.3 Logística	26
2.3.4 Cronograma	27
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	30
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	34
4.1 Resultados	34
4.2 Discussão	59
4.3 Relatório da intervenção para gestores	62
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	66
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	71
<b>6 Referências Bibliográficas</b>	71
<b>Anexos</b>	73
Anexo 1 - Documento do comitê de ética	73
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	74
Anexo 3 – Ficha espelho	74

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho trata-se da descrição da análise situacional, planejamento, desenvolvimento e avaliação de uma intervenção desenvolvida numa UBS localizada no interior do Estado Brasileiro do Amazonas, na UBS Gaspar Fernandes, município de Manacapuru, que objetivou melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus nesta população.

A apresentação deste trabalho será dividida em: 1) Análise situacional, onde será descrita e explorada a situação da UBS Gaspar Fernandes, relacionando problemas na estrutura física, de pessoal, organizacional, de gestão e de processos de trabalho; 2) Análise estratégica, onde será descrito o projeto da intervenção, composto por justificativa, objetivos, metas, metodologia utilizada e os indicadores para avaliação dos resultados; 3) Relatório da intervenção, que descreve as ações previstas que foram desenvolvidas durante o período determinado no cronograma do projeto, examinando as facilidades e dificuldades encontradas para realização da mesma; 4) Avaliação da intervenção, onde os resultados encontrados ao final da intervenção serão descritos e analisados através do uso de indicadores de saúde; 5) Relatório da intervenção para os gestores e relatório da intervenção para a comunidade, onde os resultados desse trabalho foram organizados para serem divulgados aos principais interessados; 6) Ao final, consta também uma análise do processo de aprendizagem do aluno do curso de especialização em saúde da família da UFPEL/UNASUS que desenvolveu este trabalho.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

O município de Manacapuru, Amazonas tem uma população estimada em 85.000 habitantes (IBGE, 2012). O acesso ao município pode ser por via fluvial, através do rio Solimões ou pela rodovia Manoel Urbano, a 73 km de Manaus. O município faz parte da região metropolitana do estado, sua economia gira em torno do cultivo da juta, que é exportada para empresas têxteis de todo País e também exterior. O sistema de saúde disponibilizado à população não chega a ser o ideal principalmente em fins de semana, com advento da ponte sobre o rio negro, passar fins de semana no município tornou-se uma opção a mais para os residentes na capital. O município através de sua secretaria da saúde administra 10(dez) UBS's – Unidades Básicas de Saúde distribuídas nas zonas suburbanas, todas essas UBS's, funcionam como unidade mista isto é com suas respectivas equipes de ESF/PSF, também de forma não muito organizada no que se refere ao orgânico, o NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família, desenvolve suas ações dentro das UBS's onde raramente o enfermeiro (a) pode contar com seus profissionais para dar suporte social e/ou psicológico a usuários portadores de necessidades especiais, pois a rotatividade de profissionais naquele núcleo é uma constante. O município conta ainda com um hospital de 40 leitos e uma maternidade que apesar de serem estaduais são administrados pela prefeitura do município, o hospital recebe também pacientes referenciados pelos municípios vizinhos (Manaquiri, Anamã, Beruri e Codajás). Manacapuru também disponibiliza à população, laboratório para exames de imagens e de análise clínica, os casos de média e alta complexidade são referenciados à capital.

### **1.2. Relatório da Análise Situacional**

O município de Manacapuru pertence à zona metropolitana de Manaus, está situado à margem esquerda do rio Solimões, o acesso a este município pode ser por vias fluviais onde pequenas embarcações construídas em madeira realizam



o transporte da população principalmente os residentes nas zonas rurais. Com a construção da ponte sobre o rio negro, o acesso aquele município tornou-se facilitado, são 73 km de estrada para chegar-se àquela localidade. Pelas informações obtidas junto à Secretaria de Saúde do Município, a cidade tem uma população de aproximadamente 85.000 habitantes (IBGE 2012) a área de abrangência dessa UBS não está definida, pois a constante troca de profissionais desta unidade dificulta a organização do sistema (problemas políticos). Fomos informados por alguns ACS mais antigos que em 2011, a equipe realizou a última atualização do mapa da área geográfica. Estima-se que apenas 80% desta população estejam cobertos pela assistência de saúde. O Ministério da Saúde preconiza que cada equipe do PSF tenha responsabilidade na assistência a 3.000 (três mil pessoas), assim se tomarmos por base a população adstrita desta unidade observará que a cobertura desta UBS aos residentes em seu território estar a desejar.

A UBS dispõe dos seguintes profissionais de saúde:

- 03 médicos, sendo 02 clínicos e 01 ginecologista e obstetra;
- 01 dentista;
- 01 psicóloga;
- 01 nutricionista;
- 27 ACS distribuídos em 03 micros áreas.

As instalações desta UBS são antigas ficando dessa maneira a desejar em termos de conforto quer seja para colaboradores como para os usuários da UBS, os espaços são pequenos e dificultam as atividades de rotina. Os colaboradores mais antigos atestam que este prédio está em funcionamento há mais de 15 anos e que antes o imóvel era residencial. A UBS dispõe de uma sala que funciona para recepção e arquivo de prontuários, 04 (quatro) consultórios, sendo 2 salas destinadas aos médicos dos programas, 01(uma) para a enfermagem e 01(uma) para consultório odontológico, 01 (uma) sala para procedimentos 01 (uma) sala imunizações e 01(uma) sala farmácia.

Observamos que para atender a contento e um mínimo de conforto aos usuários a UBS necessita ainda dos seguintes ambientes:

- a) Sala para nebulizações;
- b) Sala para reuniões;
- c) Local adequado para dispensação de remédios (farmácia);
- d) Local para escovação (higiene bucal);
- e) Sanitário para usuários na recepção;
- f) Vaso sanitário para crianças;
- g) Sala para coleta de material para exames clínicos;
- h) Sala para um enfermeiro da ESF;

A ventilação nos ambientes é do tipo natural, algumas salas climatizadas, a iluminação por luz elétrica, as paredes não são laváveis como deveria, quanto ao piso, em todos os ambientes é de superfície lisa.

Deixamos de informar as dimensões inerentes aos ambientes por não termos tido acesso a estas informações. Por se tratar de construção residencial antiga adaptada para UBS, às barreiras arquitetônicas são muitas, inclusive ausência de rampas para cadeirantes.

Na UBS Gaspar Fernandes os atendimentos ocorrem em 02 turnos - manhã e tarde, de 2ª a 6ª-feira, 01(uma) enfermeira que além de Gestora da unidade também realiza atendimentos das demandas. Usuários do programa hiperdia desta UBS, tem seus atendimentos marcados conforme cronograma da unidade somente pelas manhãs das sextas-feiras e para estes é disponibilizado apenas 01(um) médico, enfermeira não participa das consultas neste programa nesta UBS. A ESF desta unidade conta ainda com duas outras enfermeiras onde cada uma tem uma micro área sob sua responsabilidade oportunizando assim, melhor assistência às famílias e supervisão das atividades dos respectivos ACS's – Agentes Comunitários de Saúde.

O processo de trabalho desenvolvido pela UBS Gaspar Fernandes necessita urgentemente passar por uma revisão para que possamos nos aproximar da qualidade desejada e pactuada pelo MS. Apesar do pouco tempo, observamos através de conversas com os respectivos ACS que muitos deles ainda não conhecem suas respectivas áreas, tem pouco tempo no setor e que quando da saída dos antigos ACS essas áreas não foram repassadas como deveria ser, isto dificultou também nosso trabalho e consequentemente o cadastramento de pessoas. A equipe médica desta UBS atende a **demandas agendadas e**

**espontânea** quando encaminhada pela enfermeira o dentista atende a demanda, espontânea e casos de urgência, à dificuldade fica por conta do agendamento para os programas vez que a demanda diária é grande. Os técnicos de enfermagem se revezam nas atividades inerentes ao setor, a psicóloga trabalha nos atendimentos da demanda da UBS e por não dispor de sala para realizar os atendimentos, se desloca para outras UBS para outros atendimentos, a nutricionista e fisioterapeuta ainda estão em fase contratual e até a realização deste relatório sem definição.

Mesmo com pouco tempo na UBS, pudemos constatar a falta de compromisso na essência da palavra com o chamado engajamento público vez que na rotina da unidade observam-se usuários sem um norteamento sobre seus direitos no que concerne a programas disponibilizadas pelo SUS, alguns até acham que os atendimentos só acontecem porque são bancados pela Prefeitura do município. Outro aspecto que constatamos são profissionais que atuam no programa agindo como se tivessem realizando favor aos usuários por ocasião dos atendimentos isto é, sem o tão importante comprometimento. Outro aspecto que observamos foi a participação inexpressiva da comunidade nas poucas ações implementadas pela UBS, à nossa ótica falha na comunicação da ESF da UBS, um assunto também que nos chamou atenção foi a ausência de divulgação sobre o Conselho de Saúde do Município ninguém fala, ninguém sabe; quer dizer, as pessoas não dispõem de informações para guiar suas escolhas e com isso cria-se um hiato entre a UBS e seus usuários e ao ensejo tomamos a liberdade de externar nosso sentimento quanto ao assunto ou seja; o Ministério da Saúde deveria atrelar a liberação dos financiamentos desses programas, à capacitação dos Gestores de Saúde, pois se não houver o envolvimento e/ou engajamento de **todos** não haverá comprometimento na Atenção Básica de Saúde.

O acolhimento realizado nesta UBS é o que na realidade acontece na maioria das unidades de saúde, ou seja, chamam a triagem de acolhimento e que normalmente é realizado por uma ou mais pessoas que nem sempre estão preparados para “escutar” o cliente quanto a seus anseios na busca dos problemas de saúde. Na UBS Gaspar Fernandes a Demanda Espontânea é sempre atendida por uma profissional de enfermagem que escuta, orienta e decide sobre se é ou não de sua competência, em não sendo, encaminha para atendimento médico conforme necessidade do usuário. A unidade convive no dia

com excesso de demanda espontânea, são usuários que buscam atendimentos já com agravos chegando a complicar os atendimentos agendados pelos ACS dos usuários cadastrados nos programas, isto tem sido motivo de insatisfação dos residentes na área de abrangência da UBS.

A sensação que nos passa é de não está aquele serviço dimensionados de maneira a assegurar a qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica de Saúde à população mesmo dispondo a unidade com três equipes de PSF o não planejamento das ações chega a prejudicar a estratégia do programa vez que os atendimentos no que se refere as visitas de médicos e enfermeiros bem como de outros profissionais ficam a desejar, pois a demanda diária da UBS não permite aqueles atendimentos, ficando portanto prejudicada as visitas domiciliares. A UBS Gaspar Fernandes, no que concerne a programas da atenção básica de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde mantém os seguintes programas:

- pré-natal;
- prevenção dos cânceres de mama e de colo uterino;
- HIPERDIA;
- planejamento familiar.

O programa de **Puericultura** preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda está em fase de organização para sua implantação e para isso, estudos estão sendo realizados pela gestora da unidade junto a sua equipe de trabalho objetivando a brevidade desta implantação. Considerando que a UBS está fincada no mais populoso bairro do município, e observando-se a demanda diária agendada e espontânea, nota-se a presença de crianças que devidamente acompanhadas dos pais buscam atendimentos para os mais diversos problemas de saúde inerentes àquela faixa etária. Conforme números obtidos junto aos Agentes de Saúde relativos ao mês de agosto, das 12.000 pessoas cadastradas na área de abrangência, 2.159 são menores de 10 anos, mas que não dispõem da atenção preconizada pelo Ministério da Saúde em relação ao Programa de Puericultura. Aguardaremos a implantação deste programa para o que, pretendemos dar nosso contributo.

Quanta atenção ao Pré-natal, foram cadastradas 62 gestantes, informações estas que contrariam o número de gestantes que comparecem para

atendimentos nos 02 dias que esta UBS disponibiliza para o programa ou seja, 10 a 12 gestante/dia comparecem na unidade para atendimentos de enfermagem, o que nos daria um número entre 80 a 96 gestantes/mês, a partir dessa informação, observa-se que o cadastramento dessa população necessita ser melhor organizada na UBS.

O programa Prevenção dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama esta unidade, tem realizado o que chamo de trivial em relação às propostas pelo MS, vez que a UBS em seu cronograma de atendimentos reserva apenas 01 dia na semana para que a população feminina da área adstrita possa realizar seu exame preventivo e chegam a esperar de 60 a 90 dias para terem acesso aos resultados, observamos que poucas são as campanhas de cunho educativo e preventivo em relação aquele programa. Observamos, todavia que neste mês de outubro, eleito como outubro-rosa em referência à Campanha Preventiva aos Cânceres de Colo Uterino e de Mama, que a UBS vem realizando para seus colaboradores e usuárias palestras inerente ao tema.

Com números obtidos juntos aos ACS de suas respectivas áreas, concluimos de forma contristada que a UBS está deixando a desejar à atenção aos adultos portadores de hipertensão e/ou diabetes, outra observação em relação ao programa hiperdia desta UBS, é que no dia reservado aquele programa, poucos são os que comparecem para consultas previamente agendadas, pois preferiam aguardarem em seus respectivos domicílios seus medicamentos que eram levados pelos seus respectivos ACS pratica essa que conseguimos extinguir.

### **1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O presente trabalho trata da oportunidade de dar nosso contributo na UBS Gaspar Fernandes no município de Manacapuru – Amazonas. Este município

tem uma população de 85.000 pessoas, conforme último censo do IBGE, e tem à disposição 10 UBS que atuam na Atenção Básica de Saúde.

A primeira impressão trazida no texto inicial foi o pequeno número de profissionais (apenas uma enfermeira) para um grande número de pessoas atendidas nesta ESF. Outra observação foi a de que a unidade estava se tornando um pronto atendimento, sendo pouco ou nenhum os esforços destinados à atenção primária à saúde.

Após a análise situacional sistemática disponibilizada pelo curso, pude perceber que a pior situação parecia a dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade. A frequência dos mesmos em consultas é pouca ou quase nenhuma.

Pensando nisso é que foi elaborado o projeto de intervenção nesta UBS apresentado a seguir, pois uma pessoa pode estar só de passagem pela UBS, mais o legado do seu trabalho fica e poderá se readequar a novas ideias e/ou formulações.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 JUSTIFICATIVA**

A HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos mais relevantes problemas de saúde pública do país, com prevalência entre 22,3% a 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos dependendo da população estudada, da região ou do critério diagnóstico utilizado (BRASIL, 2006). Por sua vez, o Diabetes configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Alguns fatores são indicados pelo Ministério da Saúde como responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência desta morbidade: “o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade” (BRASIL 2006a). Os cuidados para hipertensão e diabetes devem está associados, uma vez que a prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes do que na população em geral (BRASIL, 2006, p.35). Nossa intervenção terá por Foco, a Melhoria

na Atenção aos adultos de 20 anos ou mais portadores de HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus residentes na área adstrita da UBS Gaspar Fernandes já cadastrados no programa do hiperdia. Nossa população alvo foi delimitada em até 50 % (cinquenta por cento) de hipertensos e diabéticos com cadastros no programa. A UBS acompanha no seu programa do Hiperdia, 511 pessoas com 20 anos ou mais portadores de hipertensão arterial sistêmica e 151 pessoas na mesma faixa etária portadores de diabetes. Inicialmente realizaremos a capacitação de todos os colaboradores que estarão envolvidos com o projeto, esclareceremos as dúvidas quanto às ações que serão realizadas e impressos específicos. Para nortear as ações estaremos seguindo as recomendações contidas nos protocolos do Ministério da Saúde para as respectivas patologias (Hipertensão e Diabetes). Quando da realização do nosso diagnóstico situacional na área adstrita através de visitas domiciliares, pudemos constatar que hipertensos e diabéticos só dispunham das manhãs das sextas-feiras para seus respectivos atendimentos e apenas 01(um) médico para atender a demanda, sendo este uma das razões para os afastamentos dos usuários ao programa. As dificuldades não foram poucas é bem verdade, mas à vontade de querer fazer foi maior, à falta de médicos para atender os agendamentos, substituição constante de ACS's- Agentes Comunitários de Saúde por motivos políticos, falta de nutricionista, dificuldade para agendamento das consultas odontológicas, falta das terapias medicamentosas tanto para hipertensos quanto para diabéticos e tantas outras que superamos junto com a equipe.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde dos adultos maiores de 20 anos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área adstrita da UBS Gaspar Fernandes.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos;
2. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa;

3. Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos;
4. Promover saúde aos usuários hipertensos e diabéticos;
5. Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e diabéticos.

### **2.2.3 Metas**

#### **Relativa ao objetivo 1:**

1. Rastrear 50% dos adultos com 20 anos ou mais de idade convivendo com hipertensão arterial e/ou diabetes.
2. Rastrear 100 % dos adultos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg para DM.
3. Cadastrar 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS detectados pelo Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da UBS.

#### **Relativa ao objetivo 2:**

Buscar 100% dos Hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas conforme a periodicidade recomendada no protocolo do programa.

#### **Relativa ao objetivo 3:**

Identificar todos os adultos maiores de 20 anos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes Mellitus descompensados de acordo com o protocolo adotado.

4. Obter 100% dos usuários cadastrados com hipertensão arterial e diabetes com exames clínicos apropriados em dia;
5. Obter 100% dos usuários cadastrados com hipertensão arterial e diabetes com exames complementares em dia;
6. Obter 100% dos usuários cadastrados com hipertensão arterial e diabetes com prescrição medicamentosa em dia;
7. Intermediar e/ou facilitar que 100% dos usuários cadastrados com prescrição de medicamentos listados na Farmácia Popular tenham acesso a tais medicações.
8. Capacitar 100% dos colaboradores da UBS até o nível técnico que estiver envolvido no atendimento da ESF.



**Relativa ao objetivo 4:**

9. Assegurar que 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS, recebam orientação nutricional.
10. Assegurar a 100% dos usuários do programa hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS, recebam orientação quanto à prática de atividades física.

**Relativa ao objetivo 5:**

11. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS periodicamente;
12. Realizar avaliação do risco de órgão alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS periodicamente.
13. Assegurar orientações sobre os perigos do tabagismo a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.
14. Assegurar para que 100% de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS tenham atendimentos odontológicos.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

A intervenção foi estruturada para ser desenvolvido no período de 04 meses, fevereiro, março, abril e maio na UBS - Unidade Básica de Saúde Gaspar Fernandes localizada no bairro da Liberdade município de Manacapuru – Am. No arquivo desta unidade de saúde consta que 511 pessoas com 20 anos ou mais, estão cadastradas como portadores de hipertensão arterial sistêmica e outras 151 pessoas como portadoras de diabetes. Nossa população alvo foi delimitada em até 50% dos adultos com cadastro no hiperdia da UBS, ou seja, 252 pessoas portadoras de hipertensão arterial e 75 pessoas portadoras de diabete Mellitus. Nossa intervenção se dará a partir das visitas domiciliares acatando sugestão da Gestora da Unidade considerando que, por falta de profissionais de enfermagem no município esta modalidade de assistência estava muita a desejar principalmente nas áreas periféricas da UBS. As ações desta intervenção estarão sendo norteadas

pelos protocolos Cadernos de Atenção Básica (2006) número 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica e 16 - Diabetes Mellitus.

No eixo de monitoramento e avaliação, será monitorado o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados (em relação aos rastreados) será também monitorado o número de hipertensos e/ou diabéticos com diagnóstico (em relação aos cadastrados). Para realizar esse monitoramento serão utilizadas as seguintes fichas-espelho: ficha de Cadastro do Paciente Hipertenso e/ou diabético no hiperdia, ficha de acompanhamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O monitoramento e avaliação da intervenção ocorrerão da seguinte maneira: solicitar aos médicos que depois de confirmado diagnóstico de hipertenso e/ou diabético, todos os pacientes sejam encaminhados aos enfermeiros, para que seja realizado seu cadastramento no hiperdia e a partir deste cadastramento, o ACS do respectivo usuário se encarregará de assisti-lo através das visitas domiciliares inclusive agendamentos de consultas médicas que deverão ganhar no cronograma de atendimento da UBS, mais um dia para o hiperdia, esperamos assim, melhorar a organização e gestão dos serviços oferecidos a hipertensos e diabéticos.

No eixo de engajamento público a comunidade será informada através de visitas domiciliares e informações veiculadas nas emissoras de rádio comunitárias sobre o Projeto contemplando o programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS, na oportunidade a população será convidada a engajar-se ao projeto, á afixação de cartazes em clubes de mães, igrejas, associações de classes, escolas e postos de saúde será outra estratégia que estaremos utilizando.

Na qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados a orientar os hipertensos e/ou diabéticos quanto à importância da realização das consultas e sua periodicidade, práticas de atividades físicas como caminhadas etc, ainda receberão orientações sobre tabagismo e hábitos saudáveis inerentes á alimentação.

### 2.3.2 Indicadores

#### **HIPERTENSÃO ARTERIAL:**

**Indicador 1:** Proporção de adultos com 20 anos ou mais de idade rastreados para HAS.

Numerador: Número de adultos com 20 anos ou mais de idade rastreados para HAS.

Denominador: Número de adultos com 20 anos ou mais residentes no território

**Indicador 2:** Proporção de adultos com 18 anos ou mais com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg rastreados para HAS.

Numerador: Número de adultos hipertensos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg rastreados para HAS.

Denominador: Número de adultos com 20 anos ou mais com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos com consulta de acordo com o protocolo

Numerador: Número de hipertensos com consulta de acordo com o protocolo

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 4:** Proporção de hipertensos com exames clínicos apropriados em dia

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos com exames clínicos apropriados em dia

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos com exames complementares em dia

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 6:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos para controle de HAS.

Numerador: Número de hipertensos e com tratamento medicamentoso

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos com prescrição com medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Denominador: Número de hipertensos e residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 8:** Proporção de hipertensos que conseguem medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de hipertensos que conseguem medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 9:** Proporção de hipertensos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição.

Numerador: Número de hipertensos que tomam os medicamentos de acordo com a prescrição.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 10:** Proporção de hipertensos com pressão arterial compensada.

Numerador: Número de hipertensos com a pressão arterial compensada.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 11:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco.

Numerador: Número de hipertensos ou diabéticos com estratificação de risco.

Denominador: Número de residentes hipertensos ou diabéticos residentes na área e acompanhados UBS.

**Indicador 12:** Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.

Numerador: Número de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.

Denominador: Número de residentes hipertensos residentes na área e acompanhados UBS.

**Indicador 13.** Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional.

Numerador: Número de hipertensos acompanhados na UBS que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 14:** Proporção de hipertensos com consulta periódica com dentista em dia.

Numerador: Número de hipertensos com consulta periódica com dentista em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes no território e acompanhados na UBS

**Indicador 15:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de hipertensos acompanhados na unidade que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 16:** Proporção dos hipertensos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos acompanhados na UBS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

## DIABETES MELLITUS

**Indicador 1:** Proporção de adultos com 20 anos ou mais de idade rastreados para DM.

Numerador: Número de adultos com 20 anos ou mais de idade rastreados para DM.

Denominador: Número de adultos com 20 anos ou mais residentes no território;

**Indicador 2:** Proporção de diabéticos com consulta de acordo com o protocolo;

Numerador: Número de diabéticos com consulta de acordo com o protocolo

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 3:** Proporção de diabéticos com exames clínicos apropriados em dia

Numerador: Número de diabéticos com exames clínicos apropriados em dia

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 4:** Proporção de Diabéticos com exame do pé diabético em dia

Numerador: Número de diabéticos com exame do pé em dia

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 5:** Proporção de diabéticos com exames complementares em dia

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos para controle de DM.

Numerador: Número de diabéticos e com tratamento medicamentoso

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

**Indicador 7:** Proporção de diabéticos com prescrição com medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos e residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 8:** Proporção de diabéticos que conseguem medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de diabéticos que conseguem medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 9:** Proporção de diabéticos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição.

Numerador: Número de diabéticos que tomam os medicamentos de acordo com a prescrição.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 10:** Proporção de diabéticos com pressão arterial compensada.

Numerador: Número de diabéticos com a pressão arterial compensada.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 11:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco.

Denominador: Número de residentes diabéticos residentes na área e acompanhados UBS.

**Indicador 12:** Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.

Numerador: Número de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.

Denominador: Número de residentes diabéticos residentes na área e acompanhados UBS.

**Indicador 13.** Proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional.

Numerador: Número de hipertensos acompanhados na UBS que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 14:** Proporção de diabéticos com consulta periódica com dentista em dia.

Numerador: Número de diabéticos com consulta periódica com dentista em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS

**Indicador 15:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de diabéticos acompanhados na unidade que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Indicador 16:** Proporção dos diabéticos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.



Numerador: Número de diabéticos acompanhados na UBS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

### **2.3.3 Logística**

Inicialmente estaremos nos reunindo com ACS das três micros áreas para apresentação do projeto, falar de sua importância para melhoria na qualidade de vida dos adultos portadores de hipertensão e/ou diabetes dos usuários residentes e cadastrados na UBS. Esta capacitação estará sob responsabilidade do enfermeiro especializando na 1ª quinzena de fevereiro de 2013. Para o evento deverão ser providenciadas cópias de prontuários de uso na UBS assim como todas as fichas concernentes de uso no programa do hiperdia, também será incluso na capacitação a prática de verificação de pressão arterial de forma criteriosa incluindo o uso adequado do manguito será realizado para os ACS uma capacitação sobre verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, aparelhos digitais e verificação dos níveis glicêmicos.

A UBS Gaspar Fernandes mantém em seu Cronograma de Atendimentos, as manhãs das sextas-feiras para atendimentos ao hipertenso e diabéticos devidamente cadastrados no programa do hiperdia, em nosso projeto incluímos a participação do enfermeiro nestes atendimentos procedimento este não contemplado no cronograma. Por questões alheia à nossa vontade, o projeto somente foi apresentado à nova gestora da UBS a partir da 2ª quinzena de fevereiro, com dados obtidos através do Caderno de Ações Programáticas nas Planilhas hipertenso e diabético no que concerne ao nível da atenção que a UBS está dispensando a essas pessoas e os dados da UBS constantes das respectivas planilhas disponibilizadas pelo curso ao especializando.

Também serão realizadas visitas domiciliares pelo enfermeiro e ACS – Agentes Comunitários de Saúde com assistência aos usuários que não conseguem ir até a UBS para seus atendimentos, as visitas serão as ações mais importantes durante o projeto vez que facilitará o contato com usuários mais isolados, os quais normalmente são os mais necessitados.

### 2.3.4 Cronograma da Intervenção

Fevereiro – 2013			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<p>1. Apresentação do Projeto a Gestora da UBS;</p> <p>2. Reunião e Capacitação dos novos ACS quanto ao Projeto;</p> <p>3. Organização dos Prontuários do HIPERDIA e Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético</p> <p>4. Preenchimento da Planilha Coleta de dados de Hipertensos e/ou diabéticos referente ao Projeto de Intervenção.</p> <p>5. Garantir material adequado para ACS realizarem as ações – Aparelho de PA e Glicosímetro + Fitas para testes de glicemia.</p>	<p>1. Organização dos Prontuários do HIPERDIA e Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético;</p> <p>2. Visitas domiciliares para comunicar às famílias de Hipertensos e Diabéticos o novo Cronograma para atendimento do HIPERDIA;</p> <p>3. Rastrear 10% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial;</p> <p>4. Rastrear 10% dos adultos com 18 anos ou mais com sinais e sintomas para Diabetes Mellitus e encaminhá-lo para atendimento na UBS.</p> <p>3. Informação aos usuário cadastrado no HIPERDIA quanto à logística para marcação das consultas - a 1ª, responsabilidade do usuário, a próxima deverá ser agendada pela UBS.</p> <p>4. Reunião com ACS – “Educação continuada”.</p>	<p>1. Continuidade da organização de Prontuários e Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético;</p> <p>2. Visitas domiciliares e cadastramento de novos casos de hipertensão e/ou diabetes.</p> <p>3. Avaliação das ações implantadas;</p> <p>4. Adequações necessárias ao projeto.</p> <p>5. Continuidade do preenchimento da Planilha Coleta de dados referente ao Projeto.</p>	<p>1. Avaliação da eficácia do Projeto;</p> <p>2. Adequações necessárias ao projeto.</p> <p>3. Continuidade do preenchimento da Planilha Coleta de dados referente ao Projeto.</p> <p>4. Acompanhamento de visitas domiciliar</p>

### Março – 2013

Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<p>1. Identificar todos pacientes hipertensos e diabéticos descompensados conforme protocolo adotado.</p> <p>2. Garantir consultas especializadas a 100% dos hipertensos e diabéticos que apresentarem esta necessidade;</p> <p>3. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS.</p>	<p>1. Monitorar a qualidade dos registros de Hipertensos e Diabéticos acompanhados pela UBS.</p> <p>2. Realizar Estratificação do risco em 70% de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.</p> <p>3. Organizar a agenda da Atenção a Saúde Bucal de forma a possibilitar atenção ao hipertenso e diabético.</p>	<p>1. Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas.</p> <p>2. Demandar junto ao gestor da UBS parceria institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;</p> <p>3. Investigar (ACS), os hábitos alimentares em 100% das famílias dos hipertensos e/ou diabéticos;</p> <p>4. Reunião com ACS – Educação continuada.</p>	<p>1. Promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias priorizando as de risco e vulnerabilidade</p> <p>2. Envolver os membros das equipes na organização, planejamento e gestão das ações;</p> <p>3. Organizar junto a Nutricionista estratégias de promoção de hábitos alimentares saudáveis.</p>

Abril – 2013			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<p>1. Revisão no arquivo do HIPERDIA e atualização de Fichas de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.</p> <p>2. Orientar usuários do programa HIPERDIA e comunidade sobre o fluxo de acesso ao atendimento especializado</p>	<p>1. Continuidade do item “Organização de Prontuários e Fichas de acompanhamento de Hipertenso e Diabéticos.</p> <p>2. Orientar usuários e comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular / HIPERDIA.</p>	<p>1. Reunião com ACS – Educação continuada;</p> <p>2. Capacitar os ACS para a busca ativa dos usuários encaminhados e que não retornaram a UBS.</p> <p>3. Reunião com ACS – Educação continuada.</p>	<p>1. Avaliação das ações desenvolvidas e os necessários ajustes.</p> <p>2. Realizar busca ativa a hipertensos e diabéticos faltosos.</p> <p>3. Capacitar 100 % a equipe para identificar pacientes com necessidades de encaminhamento para atendimento em outros níveis de atenção.</p>

Maio – 2013			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
1.Revisão e organização do arquivo de hipertensos e diabéticos.  2. Monitorar o número de paciente hipertenso de alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo.  3.Sensibilizar a equipe para o acompanhamento de todos os pacientes de alto-risco	1.Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.  2. Visitas domiciliares para avaliação das ações desenvolvidas no projeto.	1.Reunião com ACS – Educação continuada.  2. Avaliação das ações desenvolvidas durante o projeto.  3. Ajustes ao projeto.	1.Reunião com gestora e equipe do ESF para avaliação do projeto.  2.Relatório final sobre o Projeto.

### 3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Em janeiro de 2013 já com novos gestores da saúde no município, a UBS na qual desenvolvemos nossas atividades, ficou apenas com os enfermeiros provabianos (02) e uma enfermeira nomeada pelo novo prefeito para gerenciar a UBS. Aos poucos foram chegando os novos contratados: ACS, médicos, enfermeiros e outros colaboradores. Nosso projeto foi apresentado à nova gestora da UBS que se mostrou bastante interessada pela intervenção, mas face à estrutura física da UBS (poucas salas) e orientação dos novos gestores de saúde do município, sugeriu-nos que nossa intervenção para melhoria da atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus se desse a partir de visitas domiciliares, pois durante á campanha política foi detectada pelos coordenadores da área de saúde da administração eleita que á população estava insatisfeita no que diz respeito às visitas domiciliares do ESF, assim, tratamos de informar nosso orientador e coordenação do curso para não termos problemas futuros, já estávamos em final de janeiro e o prazo dado pelo curso nos deixava apreensivo quanto á implementação do projeto.

No dia 04/02/13, conforme cronograma, entregamos cópia do projeto à gestora da UBS com as sugestões já incorporadas, ou seja, a intervenção se desse a partir das visitas domiciliares, para seguir nosso cronograma nos reunimos com ACS – Agentes Comunitários de Saúde novos e antigos oportunidade apresentamos o projeto da intervenção e justificamos o porque de termos escolhido o presente tema, a receptividade foi a melhor possível, todos mostraram-se animados e falaram que a comunidade iria gostar muito, vez que aqui no município era histórico outros membros da ESF não prestigiarem os ACS quando das visitas domiciliares por estes agendadas com outros profissionais do programa. Percebi que muito trabalho teríamos pela frente, aproveitei a colocação em forma de desabafo e disse-lhes que nesta nova administração todos deverão entender e agir como objeto de mudanças, pois a população muito espera desta nova equipe de saúde.

Uma das dificuldades encontradas logo no início de nossa intervenção foi na organização dos prontuários de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, pois a equipe que saiu não repassou aos atuais ACS os nomes dos já cadastrados e, assim sendo, um novo cadastramento se fazia necessário. Os ACS novatos tiveram que iniciar um recadastramento o que demandou bom tempo dado à falta de experiência. Quanto ao arquivo dos prontuários, ressaltamos que temos apenas uma colaboradora na sua organização, mas persuadimos à gerente da UBS que diariamente seja escalada uma ACS para ajudar naquela organização, inclusive separando em um único arquivo prontuários de hipertensos e diabéticos, a organização ainda está em curso.

## **4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1. Resultados**

A intervenção deu-se na UBS Gaspar Fernandes, localizada no bairro da Liberdade, considerado o mais populoso do município. A UBS tem uma população adstrita não atualizada estimada em 12.000 pessoas. Desta população, 511 pessoas de 20 anos ou mais de ambos os sexos são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e 151 são portadores de Diabetes Mellitus nossa intervenção teve por foco a melhoria na Atenção aos adultos com 20 anos ou mais portadores de

hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Melitus delimitado a 50% dos usuários já cadastrados na UBS.

Nossa intervenção se deu num período muito delicado politicamente falando, acredito que para muitos alunos deste curso que igual a mim não puderam contar com a reeleição do prefeito da respectiva cidade. Mesmo com as dificuldades encontradas quando do início de nossas atividades como, por exemplo, a demora na contratação dos profissionais de saúde para compor a equipe da UBS, contratação de ACS sem experiência, a falta de material de trabalho para o início das atividades e outras coisas de menos importância, montamos de imediato um programa de capacitação para que a equipe pudesse realizar as ações previstas no cronograma da intervenção. Assim aqueles colaboradores puderam desempenhar não somente as ações de saúde constante da intervenção, mas também as inerentes ao programa como um todo. Outro aspecto bastante positivo foi o estreitamento na relação dos ACS com as famílias da comunidade, pois se constatava a elevada satisfação dos usuários quando das visitas domiciliares, através de comentários satisfatórios por estarem recebendo visitas de ACS e profissional de enfermagem que, segundo estes, há muito tempo não acontecia. Com a chegada à UBS dos novos profissionais de saúde contratados (médicos, enfermeiras e dentista), apesar de estarmos com nossas atividades bastante adiantadas, procuramos estabelecer parcerias junto a estes profissionais apresentando nosso projeto e convidando-os à adesão, sensibilizados, elogiaram nosso trabalho e se colocaram à disposição da intervenção chegando a sugerir algumas ideias como, por exemplo, conseguir junto à gestora da UBS, disponibilizar mais um dia no calendário semanal de atendimento clínico para a intervenção, pois com apenas um turno à disposição do programa não era o suficiente para atender a demanda. Em reunião com a gestora da unidade, conseguimos seu apoio e assim foi oficializado 2 dias por semana para atendimento dos usuários cadastrados no HIPERDIA daquela UBS.

Nossa intervenção, através das visitas domiciliares, conseguiu resgatar um expressivo número de hipertensos e diabéticos que pelos mais diferentes problemas, tinham abandonado o programa, também conseguimos atualizar as consultas em atraso e atualizar exames complementares e de rotina de hipertensos e diabéticos. Outro contributo de relevada importância de nossa intervenção foi a

orientação repassada a hipertensos e diabéticos sobre o Programa Farmácia Popular, pois muitas famílias desconheciam aquele programa e é muito comum faltar medicações na farmácia da UBS, e por não disporem do recurso para a compra das medicações, deixavam de tomar suas terapias e consequentemente ficavam descompensados, alguns até abandonavam o programa. Atualmente cadastrados no programa Farmácia Popular, tem suas medicações despachadas na totalidade e puderam se manter compensados em seus níveis pressóricos e glicêmicos.

Em quatro meses de intervenção foram atendidos 256 adultos com 20 anos ou mais portadores de hipertensão arterial sistêmica e outros 76 portadores de diabetes, todos residentes na área de abrangência e assistidos pela UBS. Realizamos 203 orientações sobre tabagismo para hipertensos e diabéticos, 207 orientações sobre alimentação e dieta, 79 hipertensos e 38 diabéticos devidamente compensados em seus níveis pressóricos e glicêmicos respectivamente, 256 hipertensos e 76 diabéticos cadastrados no Programa Farmácia Popular recebendo suas terapias regularmente.

Nossa intervenção mobilizou a comunidade resgatando a credibilidade do programa junto àquelas famílias, e assim é que mais famílias passaram a frequentar a UBS e se interessaram pelos programas a eles disponíveis. Na UBS o arquivo dos usuários foi reorganizado por famílias onde o HIPERDIA teve arquivo próprio, tornando a identificação do prontuário mais rápido e proporcionando mais satisfação ao paciente.

Com o aumento da demanda programada, médicos e enfermeiras da UBS puderam melhor se organizar quanto aos atendimentos dos programas ofertados à população. Observamos que a comunidade se mostrou satisfeita com a nova postura dos profissionais do programa da UBS.

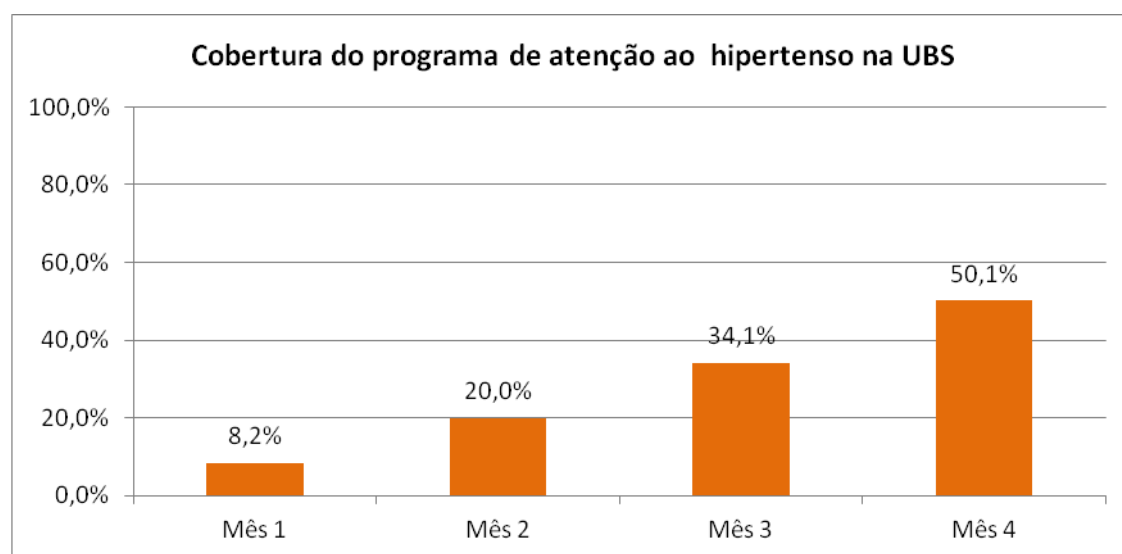
O período marcado pelo curso para as intervenções foi para muitos, extremamente delicado face ao momento político por que passava o país: eleições municipais momento de incertezas para muitos profissionais da saúde que estavam em atividade temiam não continuar com seus empregos e assim o desânimo foi a tônica do período, visitas domiciliares não aconteciam face ao tempo da profissional.

Através das visitas domiciliares, pode-se detectar que usuários do programa HIPERDIA e familiares estavam com sua assistência de saúde a desejar, descompensados em seus níveis pressóricos e/ou glicêmicos, assim como suas famílias sem a tão necessária orientação do cuidar. Foi proposto à gestora que a intervenção nesse programa contemplasse até 50% da população de hipertensos e/ou diabéticos devidamente cadastrados na UBS face ao tempo que dispúnhamos para o referido projeto, de pronto foi aceita a proposta.

Estão cadastradas no HIPERDIA 511 pessoas como portadoras de hipertensão arterial sistêmica e outras 151 vivendo com diabetes mellitus. Durante os quatro meses de intervenção, conforme indicadores propostos demonstraram, que nossa intervenção deixou um bom contributo para a comunidade, esta afirmativa constata-se através dos resultados alcançados mês a mês conforme registros abaixo relacionados.

#### 1. Cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na UBS:

Aproximadamente 12.000 (doze mil) pessoas pertencem a área adstrita da UBS, dessa população, 511 pessoas com 18 anos ou mais estão cadastradas com Hipertensão Arterial Sistêmica. Pode-se observar no gráfico abaixo que a meta final de atingir 50% desses residentes na área de abrangência foi atingida e os mesmos foram acompanhados pela UBS durante os 4 meses de intervenção.

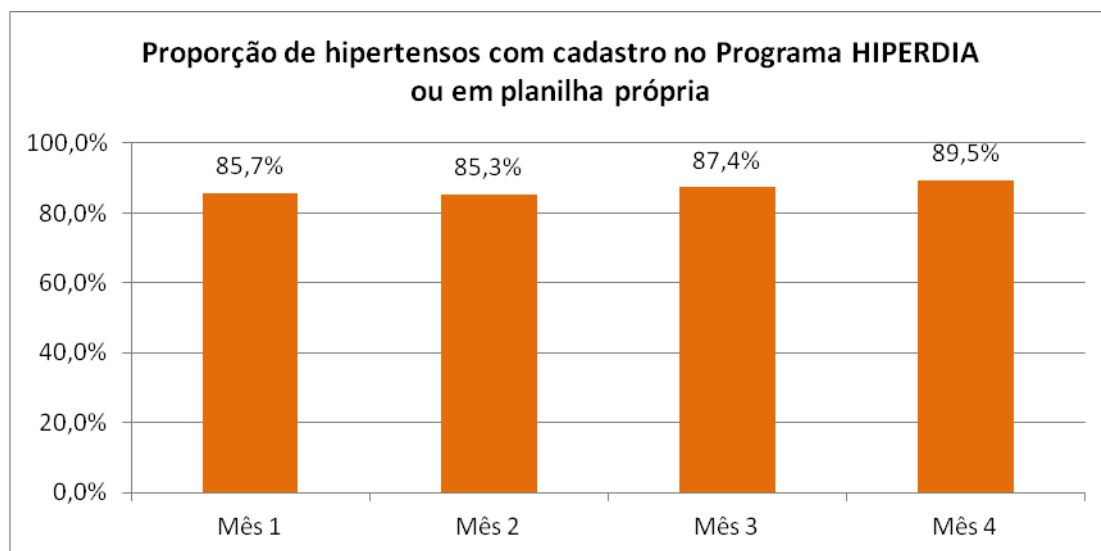


Iniciamos nossa intervenção com uma equipe de ACS ainda sem experiência no programa, mas por serem pessoas residentes na comunidade, muito facilitou nosso trabalho. Esses profissionais receberam treinamento quanto a



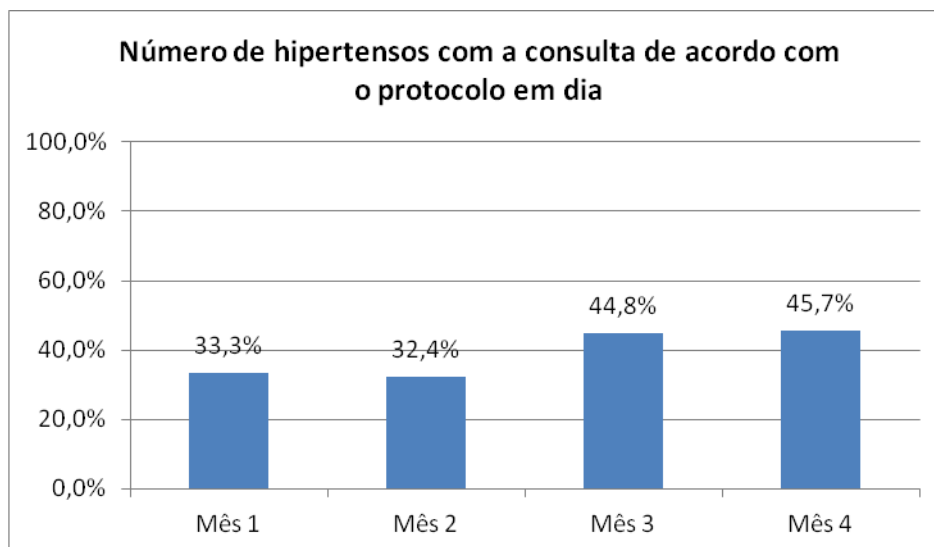
nossa intervenção, quais as metas que deveríamos alcançar e qual a estratégia que iríamos adotar, e assim, mês a mês, famílias foram aderindo ao nosso convite com isso, pudemos aos poucos ir melhorando o nível de atenção e cobertura do programa.

## **2. Proporção de hipertensos com cadastro no HIPERDIA ou Planilha própria.**



As visitas domiciliares foram de fundamental importância para o trabalho de resgate de usuários que pelos mais insignificantes problemas, inclusive político, se afastaram do programa. Assim, através daquelas ações sempre em companhia das respectivas agentes de saúde pudemos desenvolver um trabalho de resgate e sensibilização através de reuniões em família oportunidade em que esclarecíamos a importância das adesões ao programa como forma de ajudar aquelas pessoas a ter uma melhor qualidade de vida, obtendo então quase 90% da população de hipertensos cadastrados e com planilha própria ao final da intervenção.

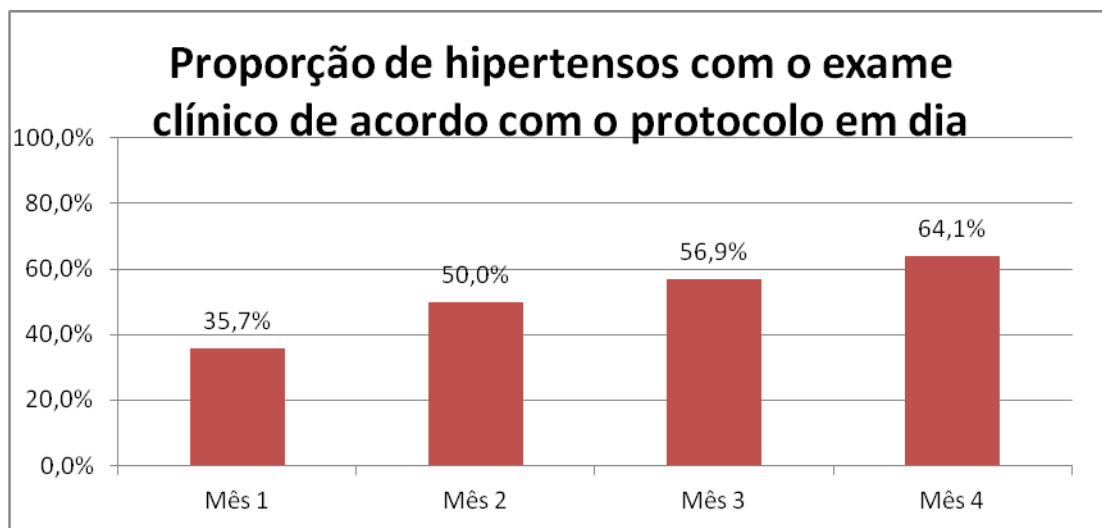
## **3. Proporção de hipertensos com consulta de acordo com o Protocolo em dia.**



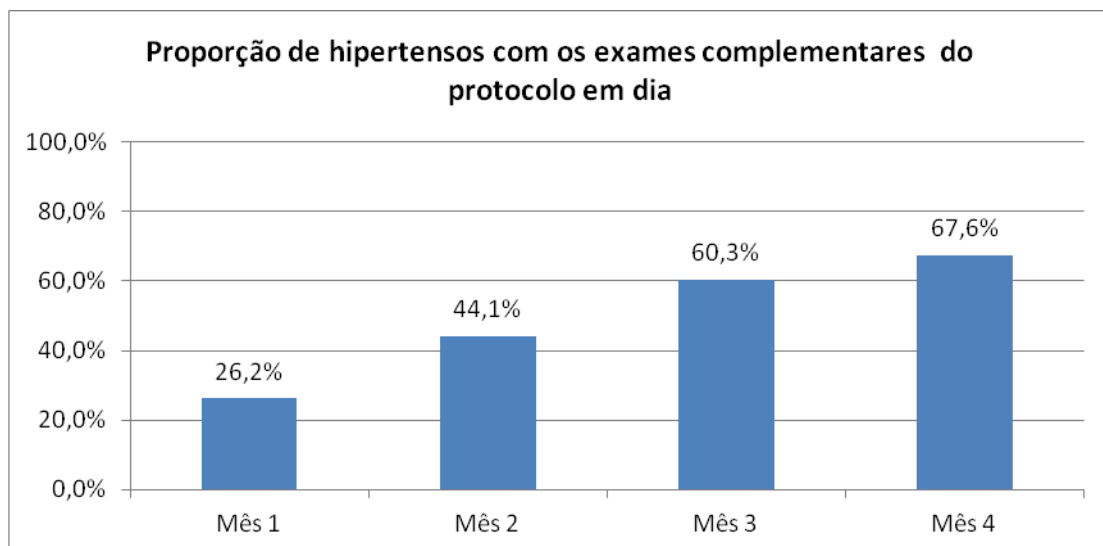
Durante as visitas constatou-se através da solicitação da última prescrição médica do usuário, quais os que estavam em dias com suas prescrições assim como os que estavam com mais de 15 dias em atraso a estes foi repassado informações concernente ao programa, informado sobre agendamento e a importância do comparecimento as consultas. Apesar da pouca experiência dos ACS quanto ao programa, pudemos contar com a dedicação e o interesse destes, assim é que, intensificamos as visitas domiciliares e como resultado dessas ações tivemos mais usuários orientados e conscientizados quanto à sua doença e a importância dos manter os exames clínicos atualizados.

Ao final dos 4 meses de intervenção, obtemos em torno de 40% dos hipertensos com consulta de acordo com o protocolo em dia, 60% de hipertensos com exame clínico em dia e com exames complementares em dia. Mesmo parecendo que não alcançamos as metas, devemos lembrar que trata-se de uma população especial, com dificuldades extremas de acesso à UBS.

#### **4. Proporção de hipertensos com exame clínico de acordo com o protocolo em dia.**

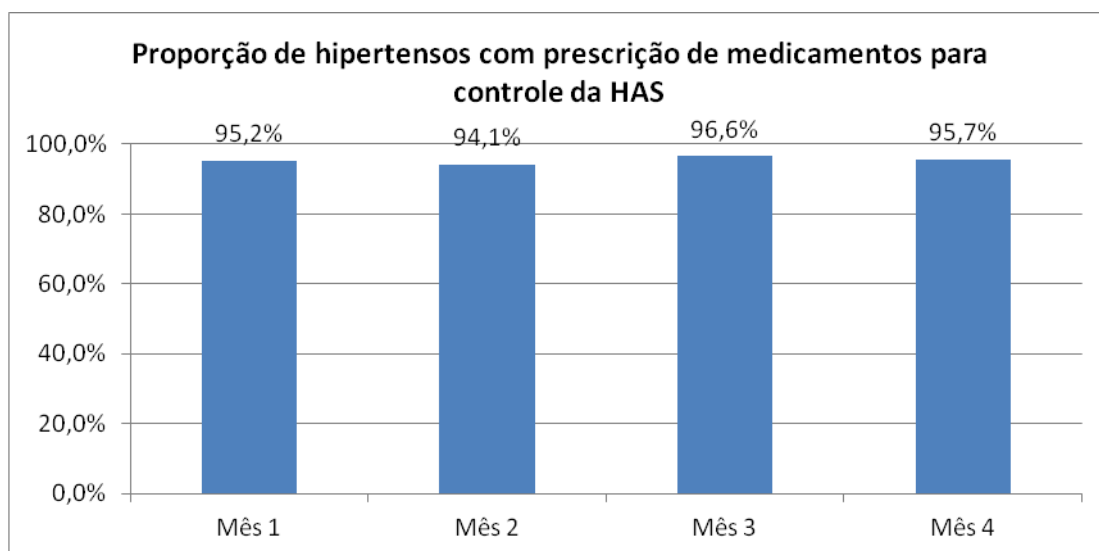


**Proporção de hipertensos com exame complementares do protocolo em dia.**



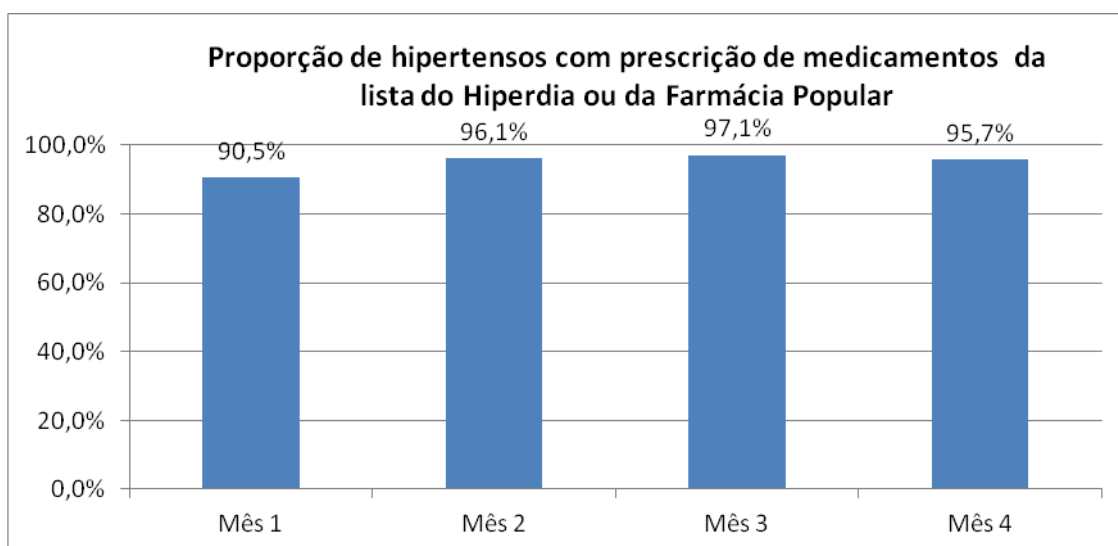
O desempenho alcançado deu-se através da conscientização de usuários pela equipe de ACS por ocasião das visitas domiciliares, pelas participações do médico e enfermeiro do ESF, que foram de fundamental importância para o bom resultado destes indicadores diante da situação.

**5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos para controle de HAS.**



Conforme o avanço de nossa intervenção através das visitas domiciliares, foi possível melhorarmos a frequência de usuários nas consultas médicas e/ou de enfermagem e conseguir que quase todos os usuários atendidos estivessem com a prescrição de medicamentos para controle da HAS e com medicamentos da lista da farmácia popular em dia.

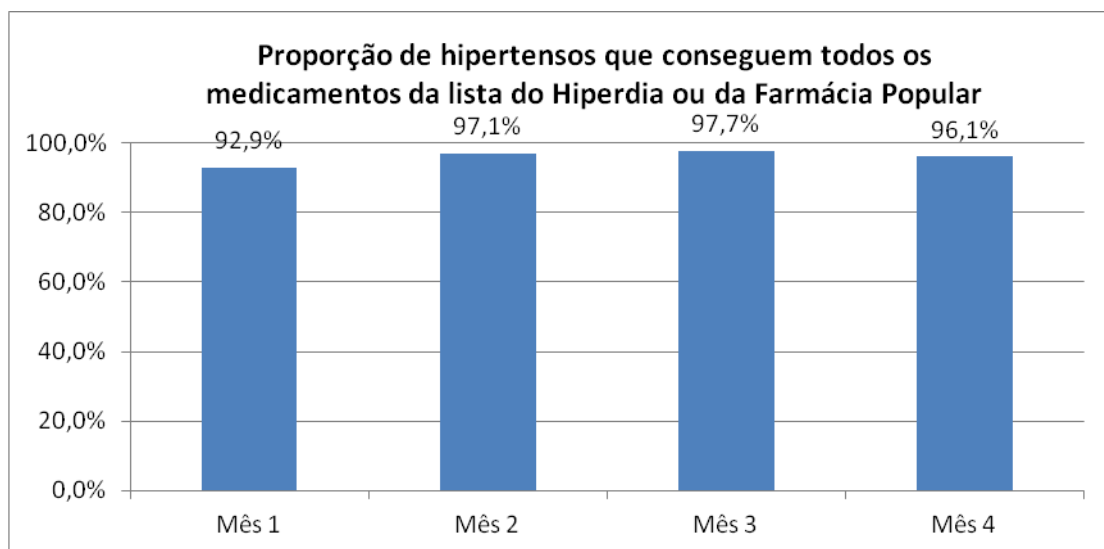
#### **6. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.**



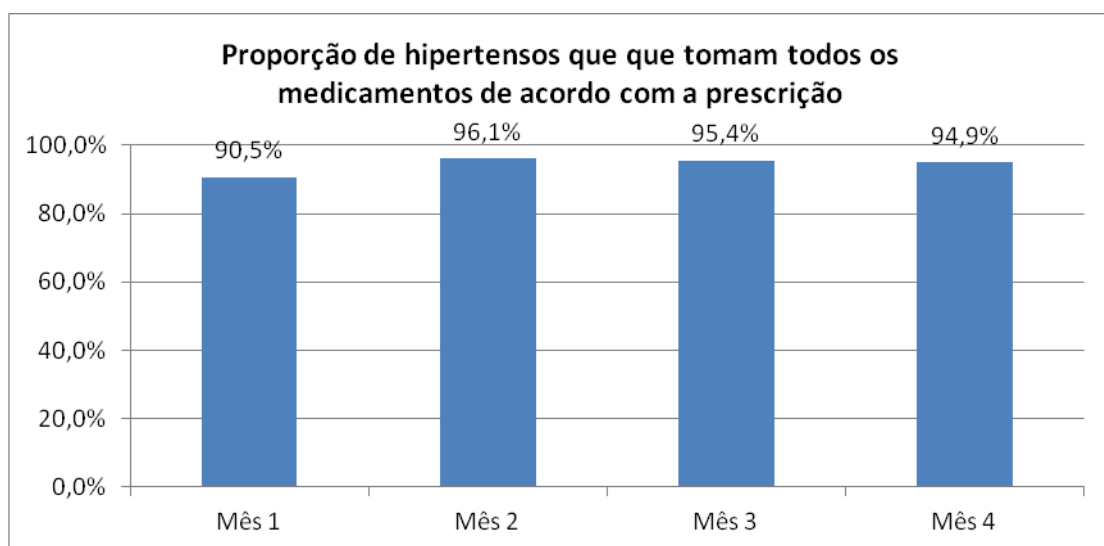
Observamos casos em que as pessoas deixavam de tomar seus remédios por não ter no estoque da UBS, muitos desconheciam o programa Farmácia

Popular. Após orientações recebidas pela equipe de saúde de família, usuários do HIPERDIA cadastrados na UBS, também se cadastraram no programa Farmácia Popular, com isso, foi possível normalizar o recebimento de seus medicamentos.

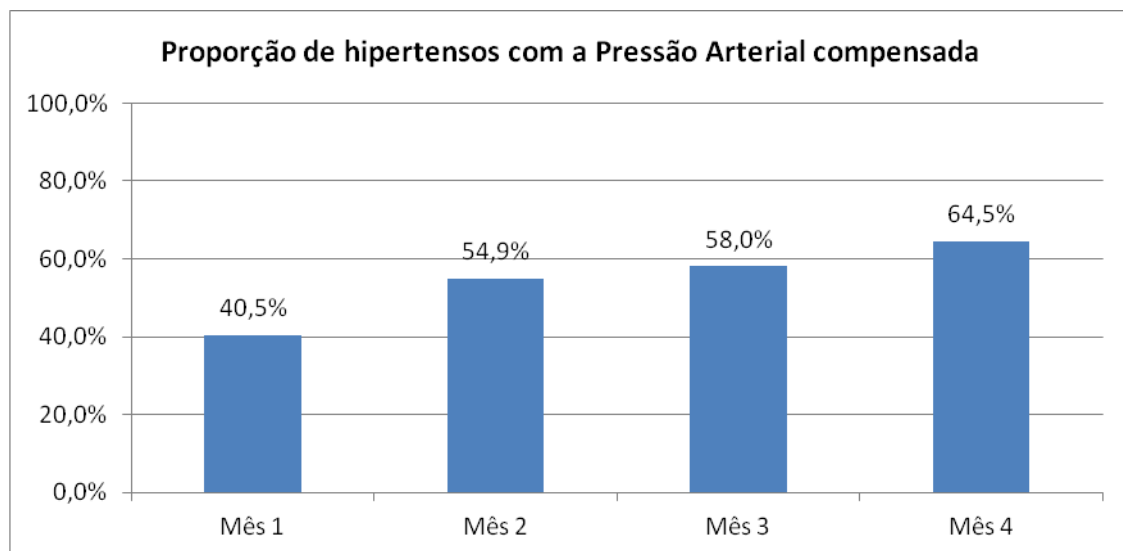
**7. Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.**



**8. Proporção de hipertensos que tomam todos os medicamentos de acordo com a Prescrição.**

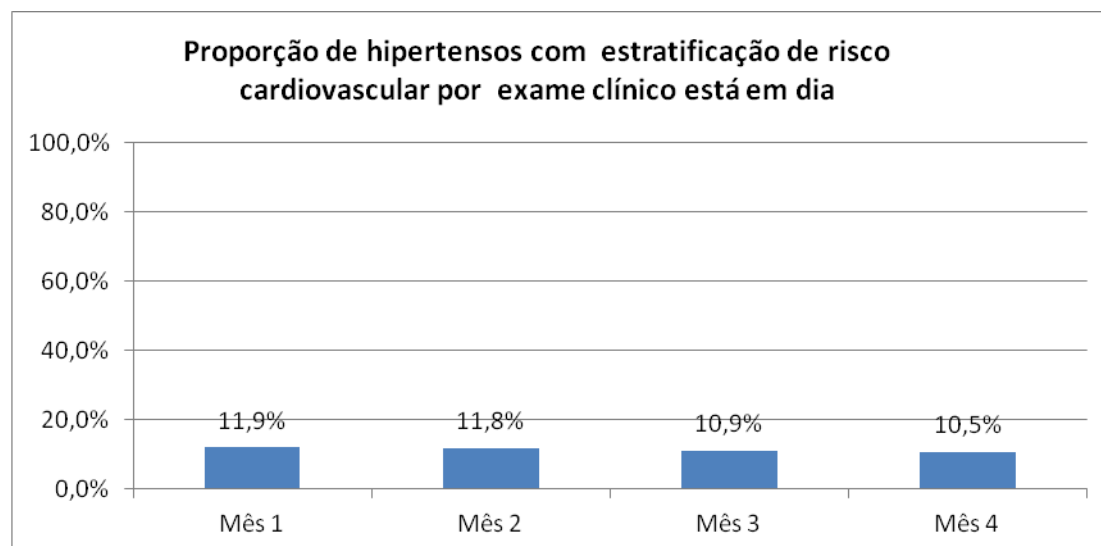


**9. Proporção de hipertensos com a Pressão Arterial compensada.**



Com o trabalho de reeducação dos usuários quanto à importância de manter a regularidade de suas terapias medicamentosas e adoção de dietas hipossódica, os resultados apareceram de forma satisfatória.

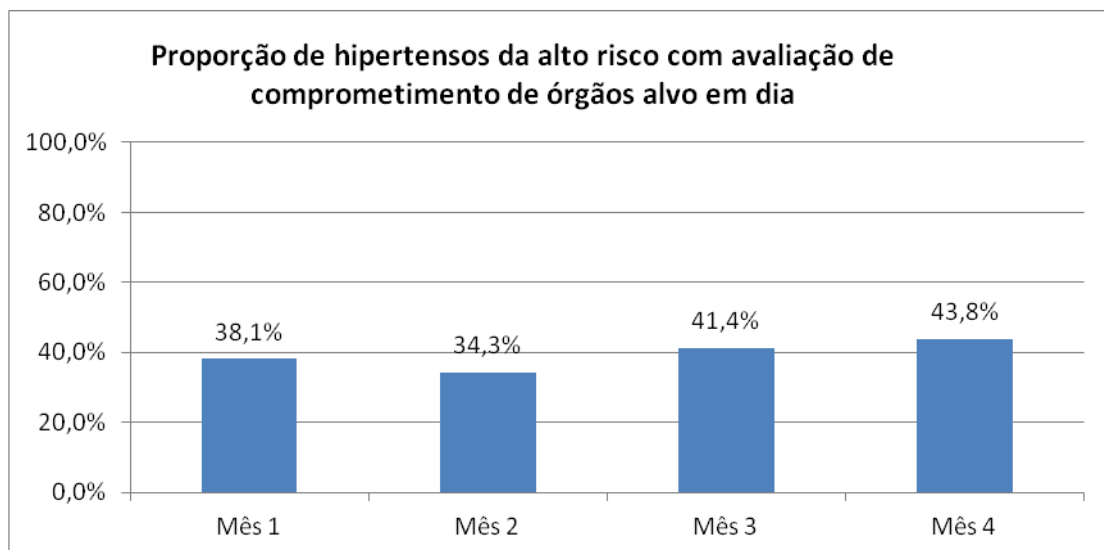
#### 11. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.



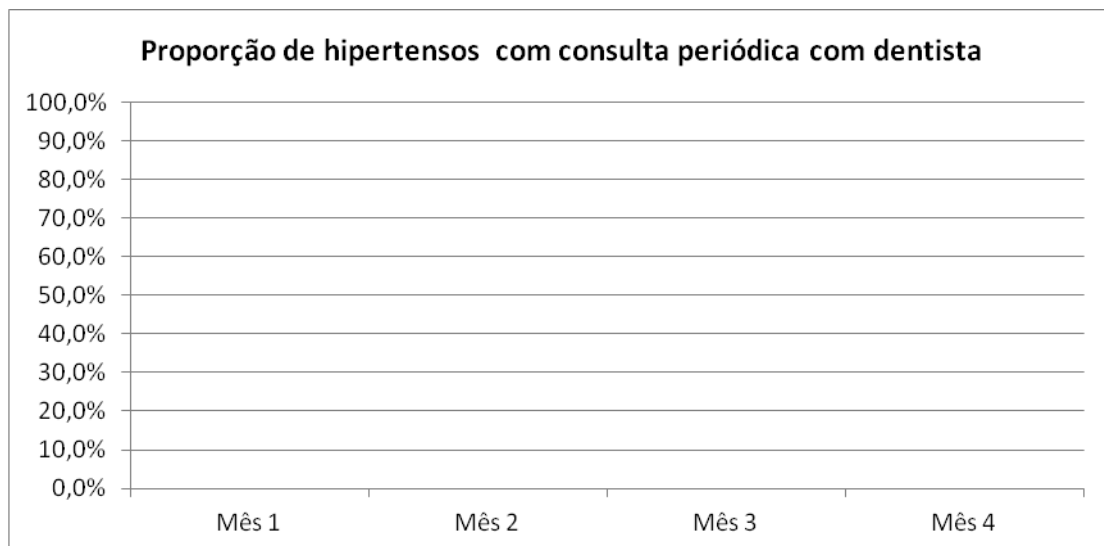
Com as consultas previamente aprazadas e realizando a busca de faltosos, conseguimos mês a mês melhorar os índices de hipertensos com exames médicos realizados inclusive estratificação do risco, mesmo que este esteja ainda abaixo do esperado ao final de 4 meses. O resultado poderia ter sido melhor se mais tempo

tivéssemos para o projeto e tivéssemos contado com a regularidade dos médicos as consultas desde o início da intervenção.

## **12. Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.**

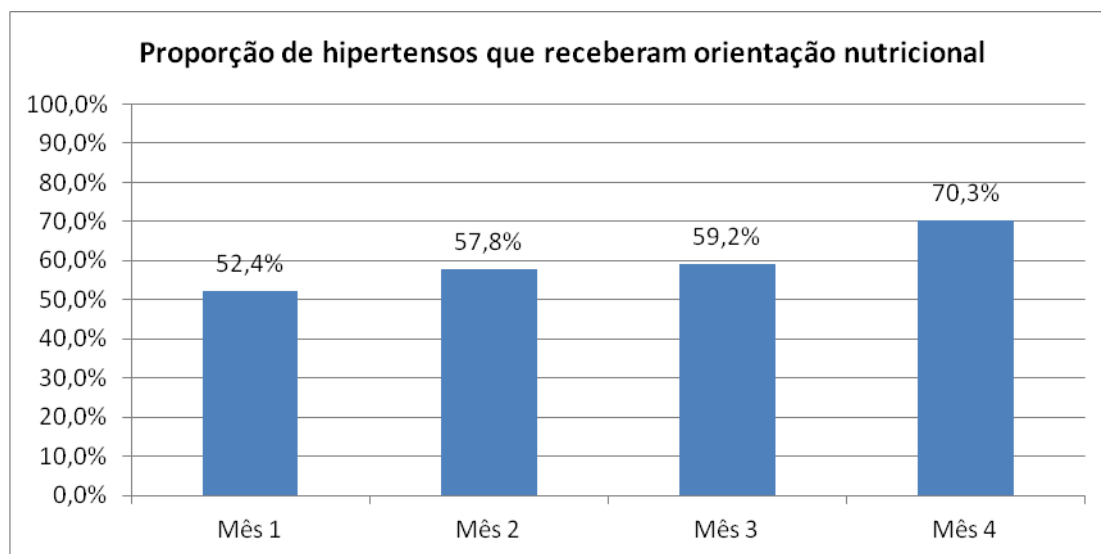


## **13. Proporção de hipertensos com consulta periódica com o dentista**



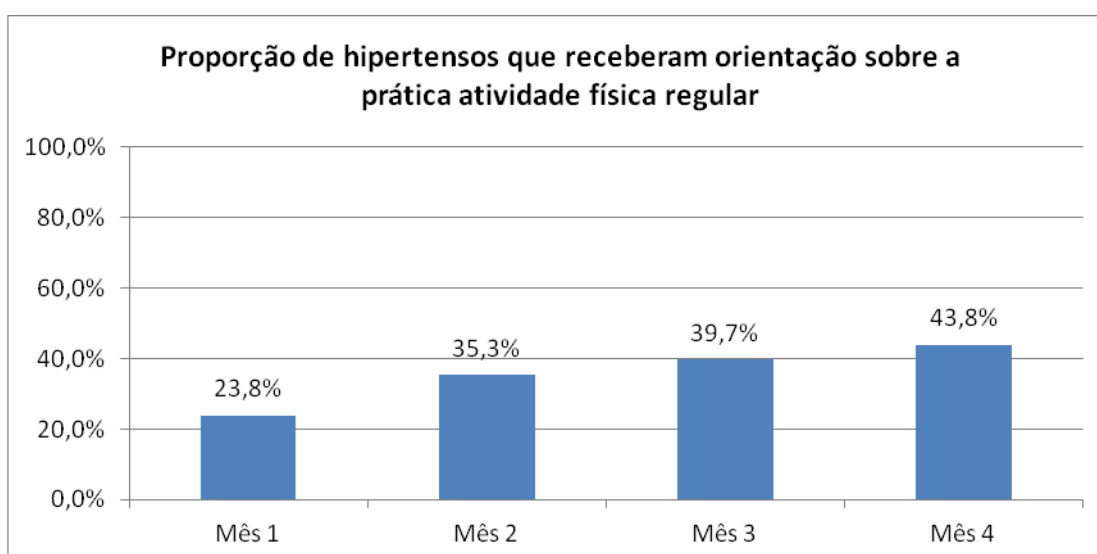
Este indicador foi nossa decepção, acredito que não seja este o único caso deste curso em que usuários do HIPERDIA pouco são contemplados com as consultas com estes profissionais, este foi nosso maior desafio durante a intervenção, vez que o dentista da UBS, só dispunha de tempo para atender aos muitos usuários que dia a dia lotavam à recepção da unidade em busca de atendimento odontológico.

#### 14. Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional.



Durante nossa intervenção não contamos na equipe do ESF da UBS com esta profissional da saúde. As orientações passadas aos usuários sobre nutrição, foram realizadas pelo enfermeiro provabiano e agentes de saúde da UBS que receberam capacitação intensiva sobre programa de nutrição para diabéticos.

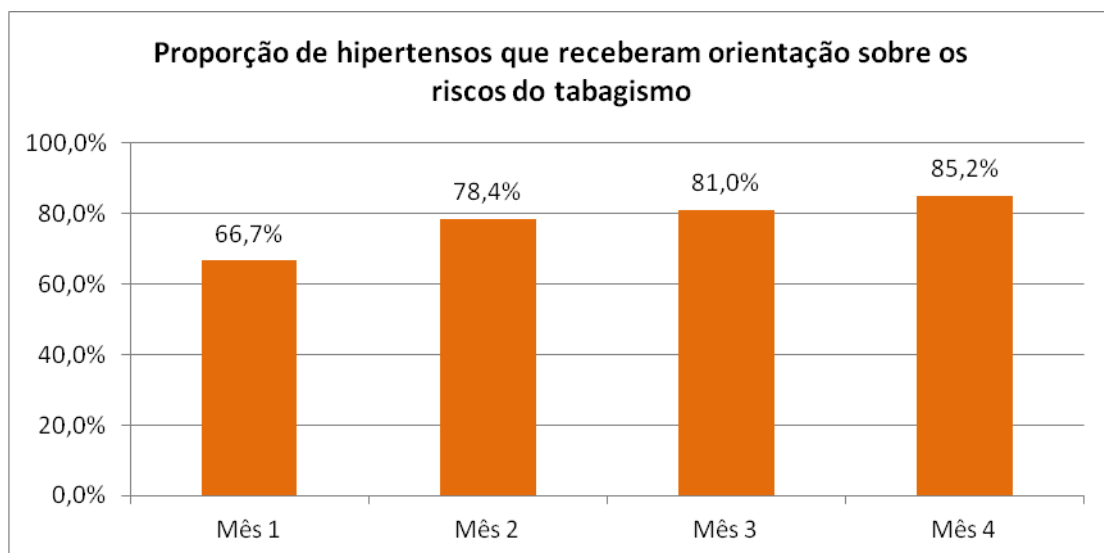
#### 15. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática atividade física regular



Não contamos com profissional de Educação Física, orientações realizadas aos usuários pelos ACS e Enfermeiro da intervenção.



## 16. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre risco do tabagismo.

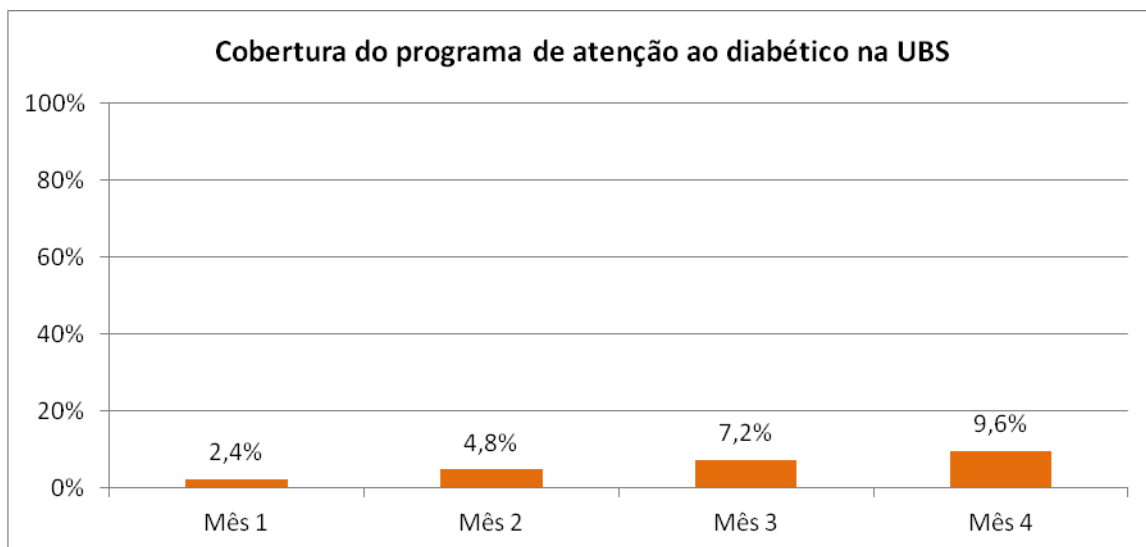


Todas as palestras foram realizadas pelos ACS da UBS, antes porém receberam capacitação inerente ao tema ministrada pelo enfermeiro da intervenção.

## INDICADORES - DM

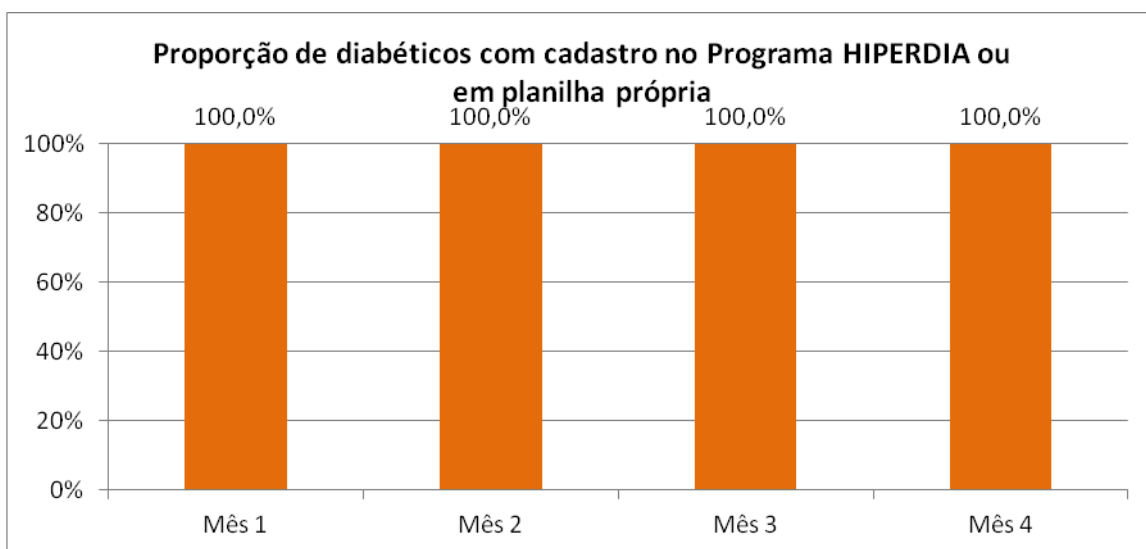
### 1. Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na UBS:

Na UBS Gaspar Fernandes da população adstrita de aproximadamente 12.000 pessoas, 151 pessoas com 20 anos ou mais, estão cadastradas no programa do HIPERDIA, como portadores de diabetes mellitus. A Planilha Coleta de Dados de DM da UBS e disponibilizada pelo curso para nossos trabalhos, estima que 67% da população deste território, são portadores de Diabetes. Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais Diabética (10% da população com 20 anos ou mais). Pelas dificuldades encontradas para implementação da intervenção e o pouco tempo disponível, focamos nosso projeto na população de usuários já cadastrados no programa Hiperdia da UBS como portadores de Diabetes e delimitamos nossos atendimentos em até 50% da população cadastradas, ou seja, 72 pessoas.



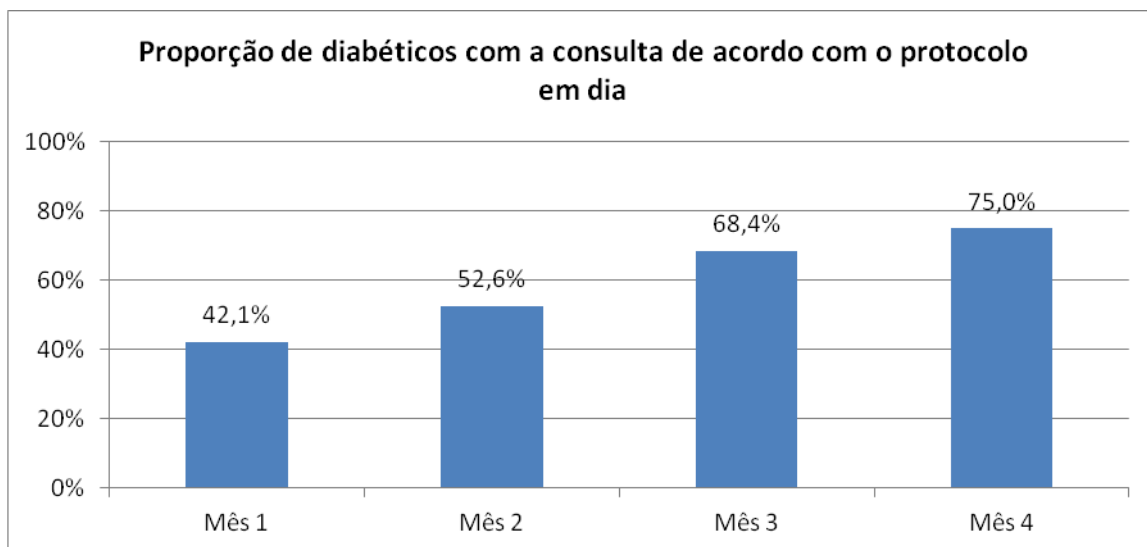
Os ACS receberam capacitação conforme recomendações do Ministério da Saúde no que concerne a rastreamento da doença, diagnóstico, tratamento e monitoramento do diabetes. Com isso, pudemos mês a mês melhorar a cobertura do programa.

#### **1. Proporção de Diabéticos com cadastro no HIPERDIA ou Planilha própria.**



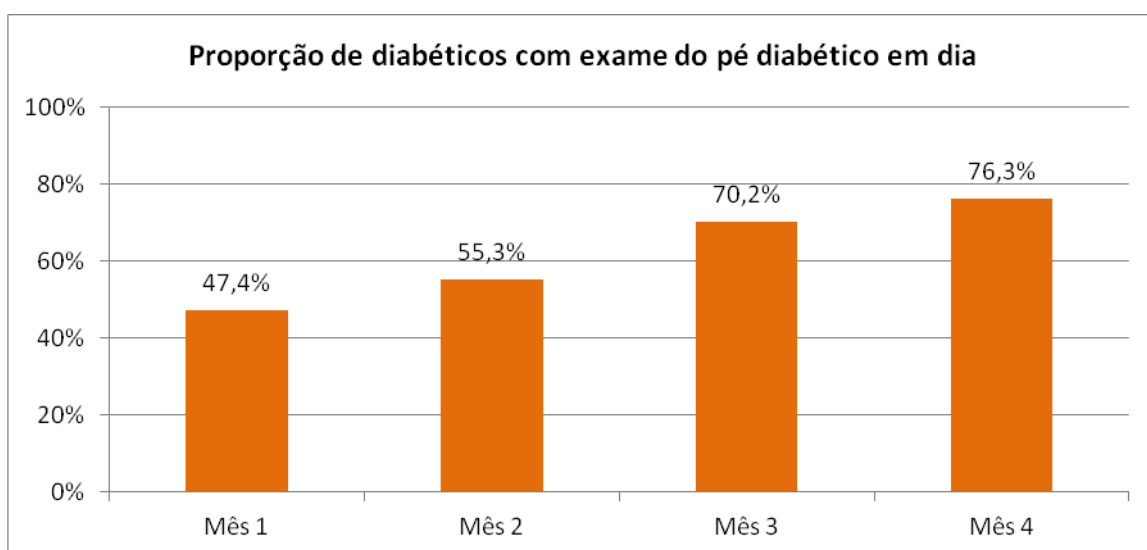
Através das visitas domiciliares, conseguimos resgatar e cadastrar usuários que pelos mais insignificantes motivos, inclusive políticos, abandonaram o programa. Novos casos também foram identificados e cadastrados.

#### **2. Proporção de Diabéticos com consulta de acordo com o Protocolo em dia.**



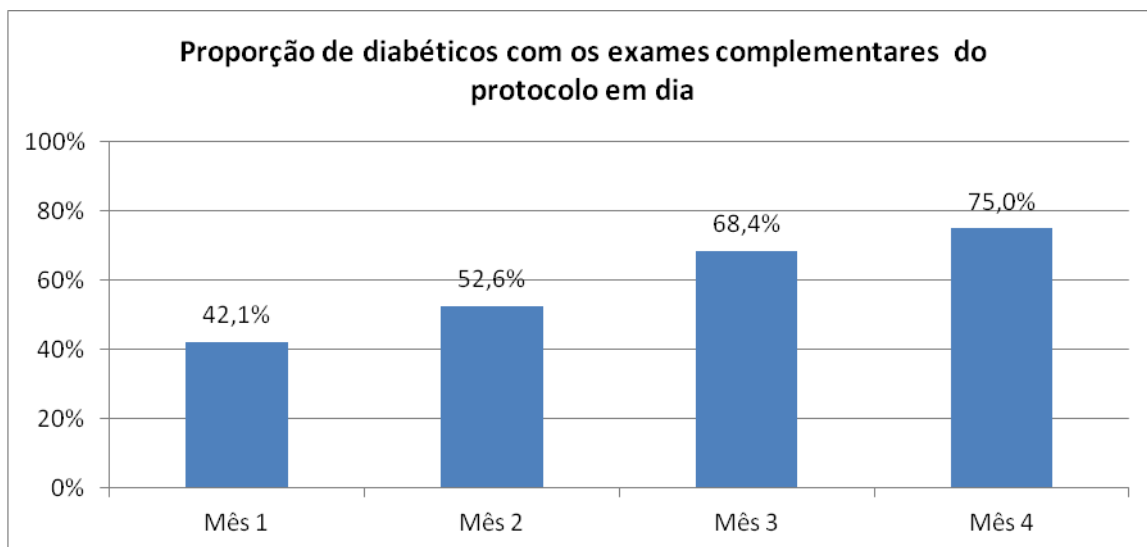
Com revisão dos prontuários e visitas domiciliares pode-se alcançar 75% dos usuários com suas consultas em dias conforme protocolo.

### **3. Proporção de Diabéticos com exame do pé diabético em dia.**



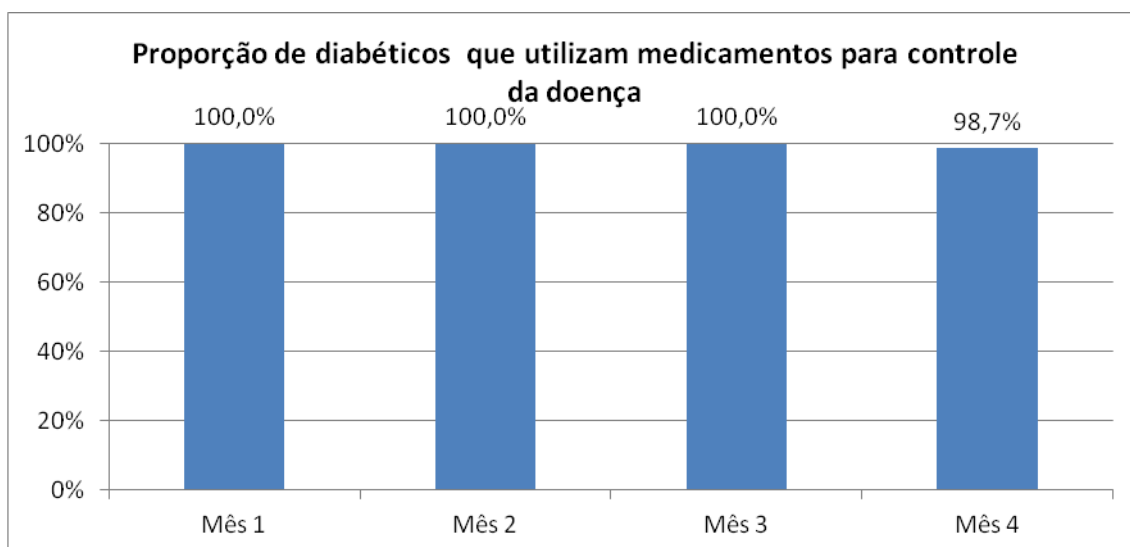
O trabalho de conscientização realizado por nossa equipe junto a esta população foi de fundamental importância para que clientes do programa se mantivessem com exames e consultas atualizados, o grande medo de diabéticos é com o chamado pé diabético.

### **4. Proporção de Diabéticos com exame complementares do Protocolo em dia.**



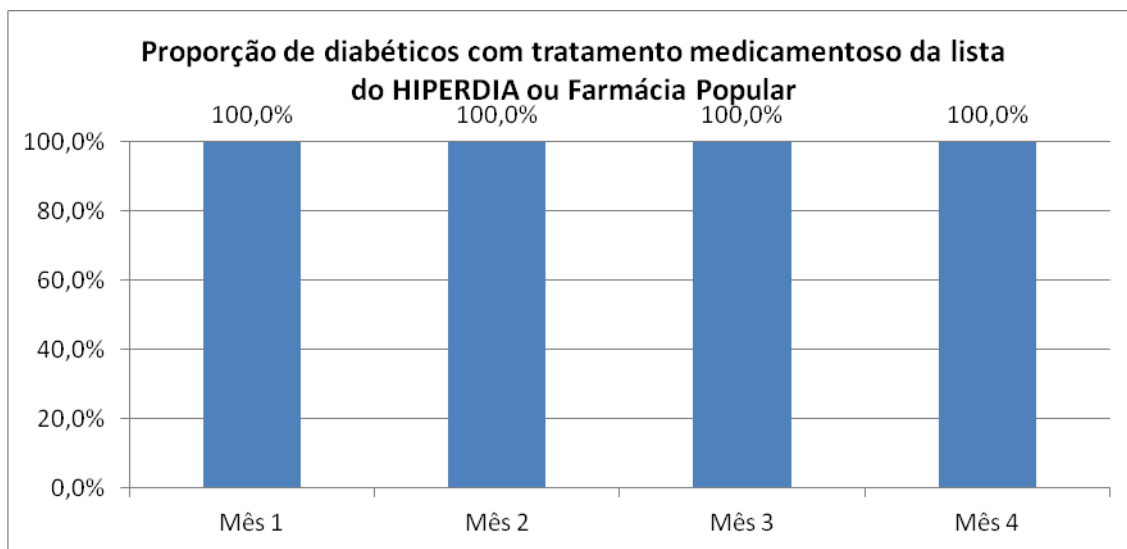
É de fundamental importância o interesse do ACS quanto as necessidades do seu cliente, e manter bom relacionamento com a família é muito importante na assistência e tratamento do cliente. Isso influenciou no resultado final de pouco menos de 80% dos usuários atendidos no programa com exames complementares em dia.

#### **6. Proporção de Diabéticos que utilizam medicamentos para controle da doença.**



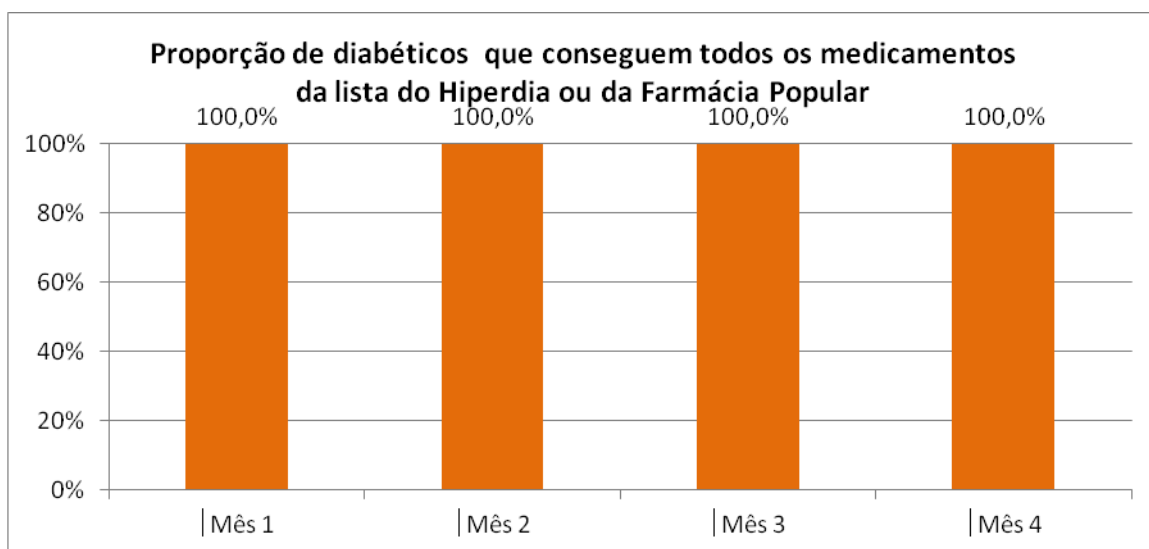
O resultado de 100% desse indicador foi resultado do trabalho de conscientização realizado pela equipe de ACS e enfermeiro do programa junto à população alvo da intervenção.

## 7. Proporção de Diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

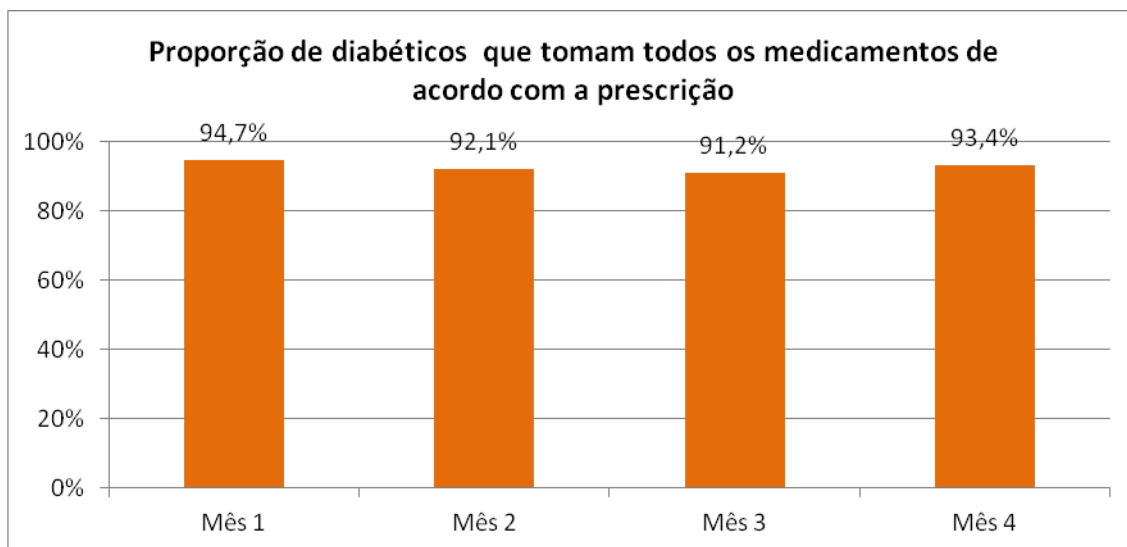


Quando iniciamos nossa intervenção com as visitas domiciliares, contatamos que muitas eram as famílias que desconheciam o programa Farmácia Popular, com esclarecimentos sobre o programa, mais uma opção para pode-se colocar para estes obterem suas terapias medicamentosas.

## 8. Proporção de Diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

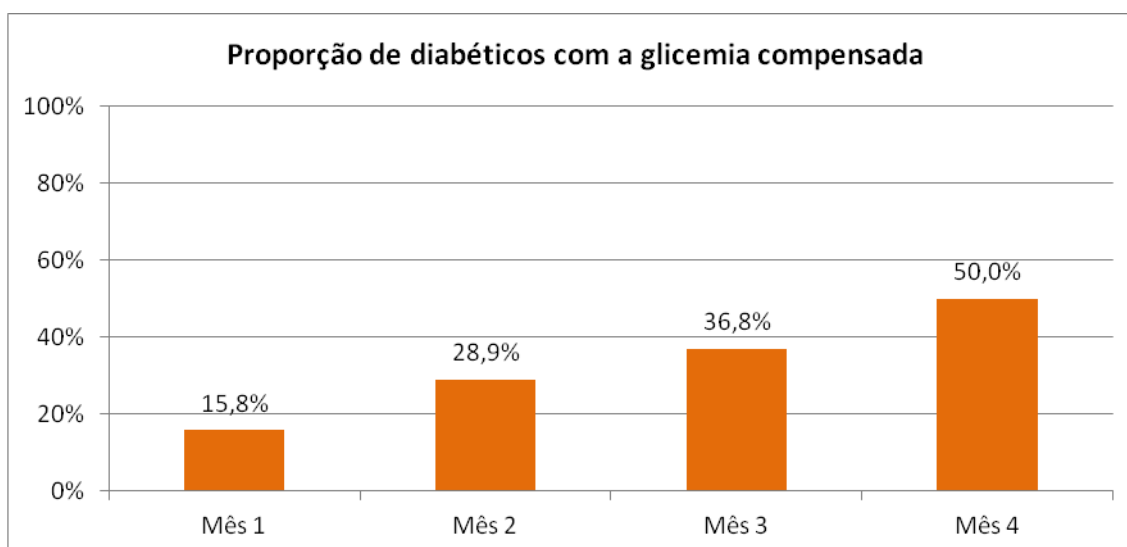


## 9. Proporção de Diabéticos que tomam todos os medicamentos de acordo com a Prescrição.



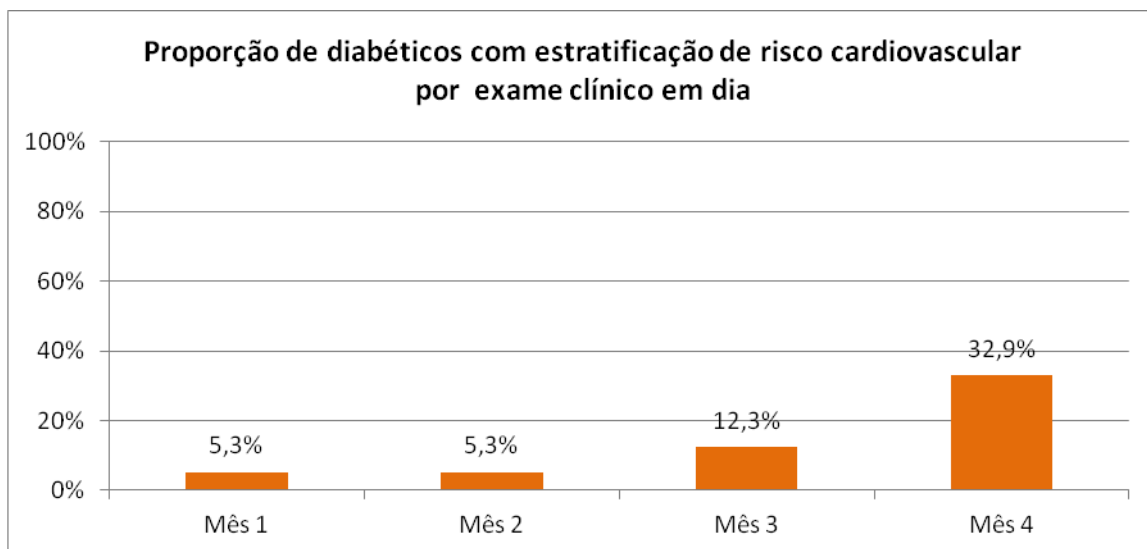
O trabalho de conscientização realizado pela equipe da ESF da UBS junto aos diabéticos e famílias, conseguindo assim significativa regularidade quanto à manutenção das terapias medicamentosas (93,4% dos diabéticos acompanhados).

#### **10. Proporção de Diabéticos com a glicemia compensada.**



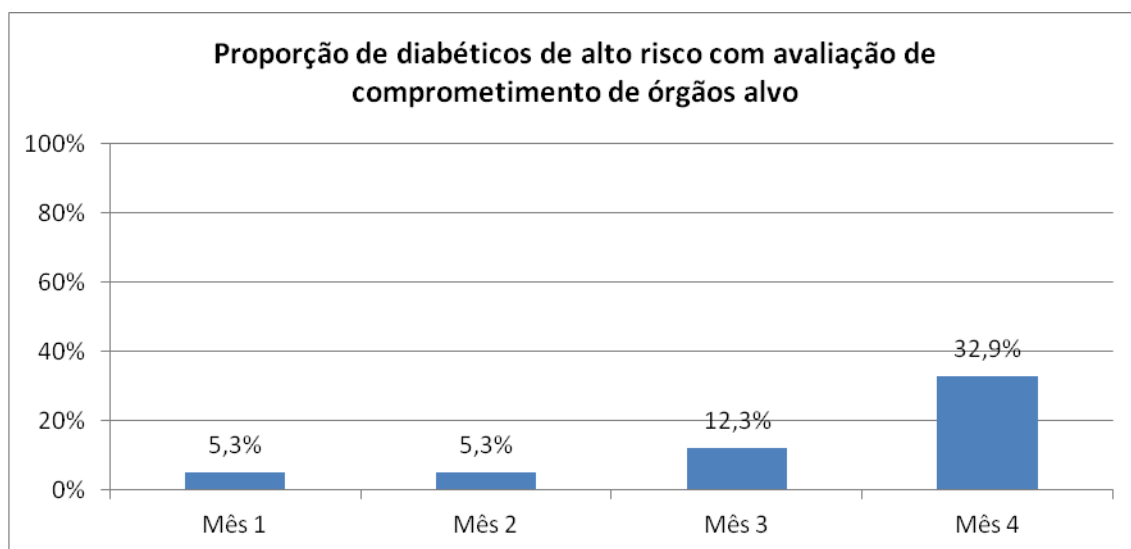
A falta de medicação para diabéticos no município associado ao descaso de certos usuários, ainda é fator contribuinte para casos de compensação ainda sejam encontrados durante visitas domiciliares.

#### **11. Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.**

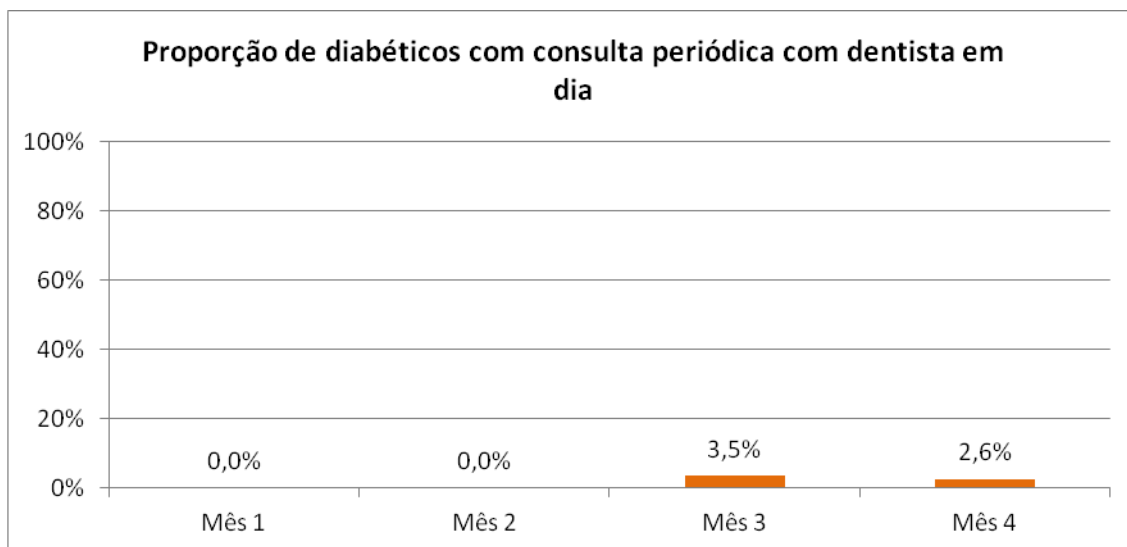


A disponibilidade de médicos especialistas como suporte médico aos usuários do HIPERDIA é de suma importância na prevenção de agravos e mutilações, estamos carentes neste quesito. E, por isso, tivemos os indicadores de estratificação de risco cardiovascular e avaliação de comprometimento de órgão alvo abaixo da meta.

#### **12. Proporção de Diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.**

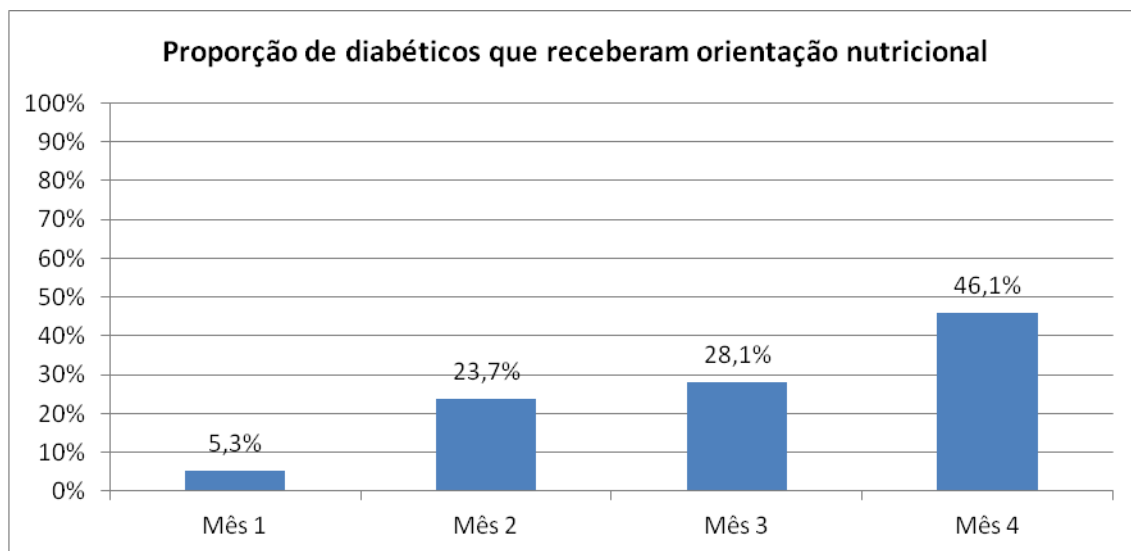


#### **13. Proporção de Diabéticos com consulta periódica com o dentista.**



A participação do dentista no HIPERDIA é quase nula, ignoram as prioridades, os programas, saúde bucal é tão somente para atender à demanda desordenada de quantos busquem a UBS para atendimentos.

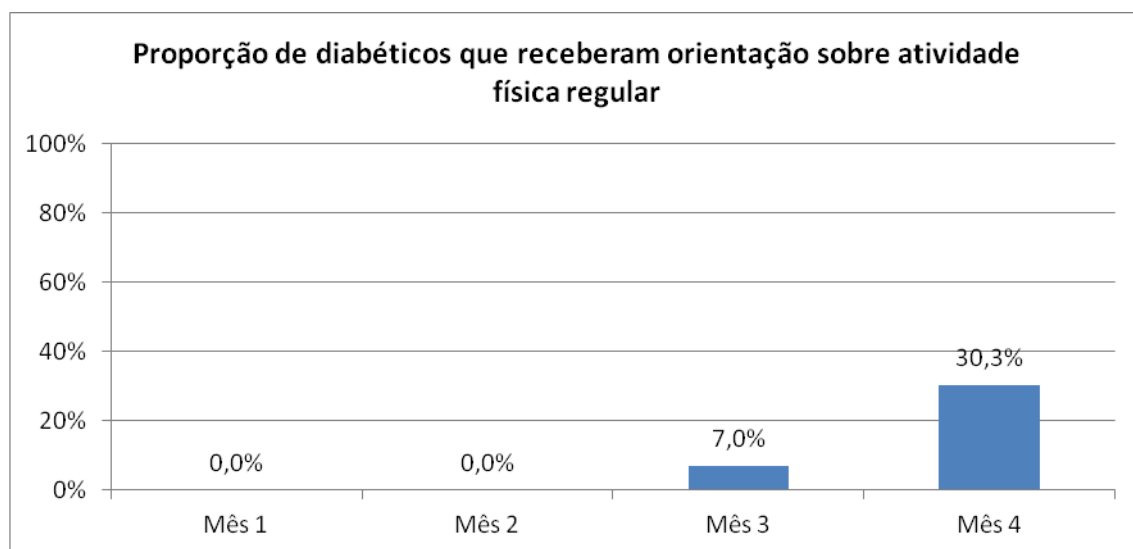
#### **14. Proporção de Diabéticos que receberam orientação nutricional.**



Durante nossa intervenção não contamos na equipe do ESF da UBS com esta profissional da saúde, as orientações dadas aos usuários sobre nutrição, foram realizadas pelo enfermeiro provabiano e agentes de saúde da UBS.

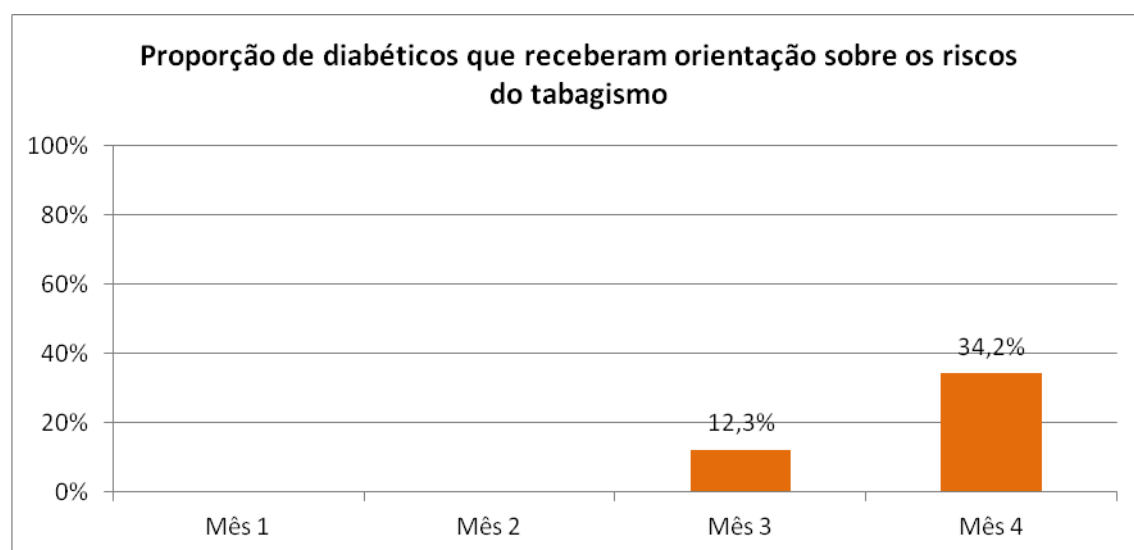
#### **15. Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre a prática atividade física regular.**





Não contamos com profissional de Educação Física, orientações recebidas pelos usuários do programa foram realizadas por ACS e Enfermeiros da intervenção.

#### **16. Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre risco do tabagismo.**



Todas as palestras foram realizadas pelos ACS da UBS, antes, porém receberam capacitação do enfermeiro responsável pela intervenção sobre o tema abordado.

#### **Ganhos obtidos antes e durante intervenção – Resultados**

. Autoestima elevada dos agentes comunitários de saúde da UBS, pois, com o acompanhamento do profissional de enfermagem nas visitas por estes agendados, proporcionava-se satisfação dos usuários do programa e parte das vezes

escutavam-se elogios das famílias pelo “agora interesse” quanto a Atenção Básica de Saúde para a Comunidade;

. Antes da Intervenção, usuários do HIPERDIA só dispunham das manhãs das sextas feiras para atendimentos na UBS. Durante a intervenção conseguimos junto à Gestora da unidade que as terças feira também fosse disponibilizada para aquele programa.

. Hipertensos, diabéticos e familiares devidamente orientados quanto a importância da adesão ao programa assim como a fidelidade nas consultadas agendadas pelos agentes de saúde;

. Maior participação do médico nas visitas domiciliares;

. Prestar aos usuários informações sobre sua doença e o que fazer para manter saúde e melhor qualidade de vida;

. Melhoria na adesão de usuários ao programa do HIPERDIA;

. Melhoria na relação interpessoal de usuários x familiares x profissionais de saúde;

. Reconhecimento da comunidade quanto aos serviços prestados;

. Atendimento de 256 pessoas de 20 anos ou mais portadores de hipertensão arterial e 76 pessoas com diabetes mellitus.

Informações quanto ao programa Farmácia Populares e o que fazer para usufruir dos benefícios.

## **4.2. Discussão**

A intervenção se deu num período muito delicado. Mesmo com as dificuldades encontradas no início das atividades como, por exemplo, a demora na contratação dos profissionais de saúde para compor a equipe do ESF, a contratação de ACS sem experiência no programa, a falta de material de trabalho para o início das atividades e outras coisas de menos importância, levou a criação imediata de um programa de capacitação para que pudesse a equipe realizar as ações previstas no decorrer da intervenção. Assim, aqueles colaboradores puderam desempenhar não somente as ações de saúde constante da intervenção, mas também as inerentes à ESF como um todo. Outro aspecto bastante positivo foi

o estreitamento na relação ACS e famílias da comunidade, pois se constatava a elevada satisfação dos usuários quando das visitas domiciliares, faziam comentários satisfatórios por estarem recebendo visitas de ACS e profissional de enfermagem. Segundo essas pessoas há muito tempo não acontecia esse tipo de visitas. Com a chegada dos novos profissionais de saúde contratados (médicos, enfermeiras e dentista) na UBS, procurou-se estabelecer parcerias junto a estes profissionais para melhoria da intervenção. Esses profissionais se sensibilizaram e até sugeriram algumas ideias como, por exemplo, conseguir junto à gestora da UBS, disponibilizar mais um dia no calendário semanal de atendimentos da UBS para o programa do HIPERDIA, pois apenas um só turno à disposição do programa não era o suficiente para atender à demanda. Em reunião com a gestora da UBS foi oficializado para 2 dias por semana para atendimento dos usuários cadastrados no HIPERDIA.

Através das visitas domiciliares foi resgatado um expressivo número de hipertensos e diabéticos que pelos mais diferentes problemas, tinham abandonado o programa. Também foram atualizadas as consultas em atraso e exames, tanto de rotina quanto complementares dessa população. Outro contributo foi a orientação repassada sobre o Programa Farmácia Popular, pois muitas famílias desconheciam tal programa e era muito comum a falta das medicações na farmácia da UBS, e por não disporem do recurso para a compra das medicações, os usuários deixavam de tomar suas terapias e conseqüentemente ficavam descompensados, sendo que alguns até abandonavam o programa. Atualmente cadastrados no programa Farmácia Popular tem suas medicações despachadas na totalidade e o que é melhor: puderam se manter compensados em seus níveis pressóricos e glicêmicos.

Em quatro meses de intervenção foram atendidos 256 adultos com 20 anos ou mais portadores de HAS e outros 76 portadores de DM, todos residentes na área de abrangência e assistidos pela UBS. Foram realizadas 203 orientações sobre tabagismo para hipertensos e diabéticos, 207 orientações sobre alimentação e dieta (não contou-se com nutricionista), 79 hipertensos e 38 diabéticos devidamente compensados em seus níveis pressóricos e glicêmicos respectivamente, 256 hipertensos e 76 diabéticos cadastrados no Programa Farmácia Popular recebendo suas terapias regularmente.

A intervenção através das visitas domiciliares mobilizou a comunidade resgatando a credibilidade do programa junto àquelas famílias, assim é que mais famílias passaram a frequentar a UBS e se interessaram pelos programas a eles disponíveis, na UBS o arquivo dos usuários foi reorganizado por famílias onde o HIPERDIA teve arquivo próprio, tornando a identificação do prontuário mais rápido, proporcionando mais satisfação ao cliente.

Com o aumento da demanda programada, pode médicos e enfermeiras da Unidade melhor se organizarem quanto aos atendimentos dos programas ofertados à população, observamos que a comunidade se mostrou satisfeita com a nova postura dos profissionais dos programas ofertada pela UBS.

Muitas foram as dificuldades durante a intervenção, especialmente pelo período de trabalho estar relacionado ao período de eleições municipais. Houve também má vontade para com os profissionais provabianos por parte da enfermeira gestora da UBS, que pela incerteza da sua situação de emprego não deu a atenção que o programa merecia naquela oportunidade. Após a leitura do projeto de intervenção, ela gesticulou de forma negativa com a cabeça e profetizou... “Não vai dar certo! Tu vais ver o que vão dizer, conheço todos eles”, completou. Mesmo assim, a chamada transição política foi enfrentada, conhecimento foi adquirido, houve interação com os comunitários e equipe de ACS e hoje, com satisfação, ao fim desta intervenção constatamos que nosso contributo foi de relevância para comunidade e usuários da UBS pois a partir desta, os ACS foram orientados a não mais levarem terapias nos domicílios a menos que o usuário esteja incapacitado de comparecer para sua consulta, aumentamos de 01(um) para 02(dois) os dias reservados para atendimentos de hipertensos e diabéticos, atendimentos da(o) enfermeira(o) foram incorporadas ao programa hiperdia antes o enfermeiro não participava dos consultas de enfermagem, mas como nada é perfeito, tem muito a ser feito ainda, todavia a equipe ficou motivada e saberá eliminar os pontos falhos que ainda necessitam ser trabalhados e corrigidos.

### 4.3. Relatório da intervenção para os gestores

Manaus, 20 de agosto de 2013.

**Ilmo. Sr. Washington Regis**

**M.D – Prefeito Municipal de Manacapuru / Am**

**C/C – Sr. Raul Silva**

**M.D – Secretário Municipal de Saúde de Manacapuru**

**Ref.:** Relatório da Intervenção em saúde da família realizada na UBS Gaspar Fernandes município de Manacapuru – Am. Período: Fevereiro a Maio de 2013 pelo Enfº. Walderlir Mota em atendimento parcial ao curso de Pós Graduação em Saúde da Família realizado pelo Ministério da Saúde - Provab em parceria com a UFPel – Universidade Federal de Pelotas – RS.

Prezados Senhores,

Conforme grade curricular do curso de Especialização em Saúde da Família realizado pela UFPel – Universidade Federal de Pelotas- RS em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolvemos o projeto: “**Melhoria da Atenção aos adultos com 20 anos ou mais portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabete mellitus**” residentes na área de abrangência e assistidos pela UBS Gaspar Fernandes, bairro Liberdade. O relatório da Intervenção para Gestores Municipal de Saúde é requisito da grade curricular do curso, assim, para vossos conhecimentos informamos a V.Sa., relatos de nossas atividades durante o período da Intervenção.

Cadastrados no programa HIPERDIA da UBS: Portadores de hipertensão arterial sistêmica = 511 pessoas e com Diabetes Mellitus 151 pessoas.

O projeto foi previamente elaborado com foco voltado para a população de hipertensos e diabéticos cadastrados programa do HIPERDIA da unidade de saúde em tela delimitado a 50% dos usuários já cadastrados na UBS, apresentamos o escopo do projeto á gerencia da UBS, que elogiou a ideia e sugeriu-nos que a intervenção se desse a partir dos domicílios a partir das visitas domiciliares, e que estas seriam muito bem recebidas pela comunidade visto estarem estas carentes

nessa atenção. Com a sugestão incorporada ao projeto e autorização da gerência para implementação das atividades, procuramos inicialmente conversar com todos os colaboradores da UBS oportunidade em que falamos da importância do apoio de todos para o êxito do projeto.

Inicialmente realizamos uma capacitação aos ACS quanto às atividades do projeto após o que, iniciamos as visitas domiciliares na comunidade inicialmente para a divulgação da nossa intervenção no programa HIPERDIA e falar da importância da adesão de todos como forma de proporcionar as famílias melhor qualidade de vida, ressaltando que a receptividade não poderia ter sido melhor, depoimentos vários sobre a carência das famílias em relação à atenção básica de saúde e que todos estavam acreditando muito na administração que estava iniciando, que nossa presença na comunidade só vinha confirmar as afirmações e anseios das famílias em relação às mudanças esperadas.

Um fator importante a ser destacado neste relato foi o apoio que obtivemos por parte de toda equipe da UBS, pois só através daquelas ações foi que pudemos desenvolver a intervenção de forma prazerosa e com bastante eficácia, com os comunitários principalmente hipertensos, diabéticos e familiares foram os grandes beneficiados. Durante nossa intervenção tivemos a oportunidade de constatar a melhoria na atenção aos usuários que buscavam no dia a dia atendimento na UBS, a recepção tratando a todos com bastante atenção e urbanidade, proporcionava um clima de satisfação aos clientes dos mais diferentes programas que ali estavam para atendimentos, por sua vez colaboradores da triagem davam sequência realizando seus procedimentos também de forma educada, enfermeiras e médicos que antes atendiam mais a demanda espontânea, ficaram satisfeitos agora com o interesse demonstrado pela comunidade em atender os agendamentos conforme os dias reservados aos programas, hipertensos e diabéticos passaram com a intervenção a ter 02(dois) dias disponibilizados somente para os usuários do HIPERDIA antes contavam apenas com as manhãs das sextas feiras para aqueles atendimentos.

Apesar dos bons resultados que julgamos ter alcançado com nossa intervenção conforme apresentamos resultados nos Anexos, outras ações se trabalhadas pela equipe do ESF da unidade, muito irá contribuir para a otimização

dos programas ofertados à comunidade, na oportunidade a título de corroborar com esta administração, sugerimos:

### **Programa HIPERDIA do Município**

Observamos que os usuários cadastrados no programa HIPERDIA das respectivas UBS's do município, não costumam comparecer nas datas certas para suas avaliações, quer seja: físicas e/ou terapêuticas como também nos agendamento realizados pelos ACS, é comum só procurarem o atendimento médico quando já somam agravos à sua doença, complicando o tratamento e parte das vezes requerendo internação hospitalar.

1 – Que as terapias medicamentosas só devem ser entregue nos domicílios por ACS, quando o usuário estiver impossibilitado de comparecer a UBS, pois no decorrer de nossa intervenção, constatamos casos de verdadeiro comodismo de usuários que mal acostumados, não compareciam para as consultas mesmo as agendadas na UBS, quanto as suas medicações, solicitavam dos ACS que levasse para eles.

2 – Que se processe às Buscas Ativas nos casos de usuários faltosos com reagendamento de consultas.

3 – Que seja instituído, cobrado e supervisionado pela SEMSA do município, a consulta de enfermagem no programa HIPERDIA de cada UBS, atualmente só médicos atendem aqueles usuários.

4 – Que seja instituído pela SEMSA do município o protocolo para as medicações a serem dispensada pelos profissionais de saúde na Atenção Básica de Saúde, atualmente muitas são as reclamações de usuários sobre este item, apenas médicos assinam essas prescrições e à nossa ótica, o enfermeiro pode transcrever as medicações constantes dos programas do Ministério da Saúde /Atenção Básica, a primeira consulta, reavaliação de terapia, avaliação de risco do órgão alvo e solicitações de exames complementares será privativo do médico do programa.

5 – Que a coordenação do ESF/PACS do município, institua e supervisione as visitas domiciliares por parte de médicos e enfermeiros, que estas sejam

realizadas semanalmente através agendamento conforme as prioridades avaliadas em cada UBS.

6 – Que as atividades dos ACS sejam supervisionadas por cada enfermeiro responsável por equipe, vez que constatamos durante a intervenção que esta sintonia precisa ser mais bem trabalhada para o êxito do programa junto à população.

7 – Saúde bucal, observamos que os dentistas das UBS's deste município não priorizam programas como HIPERDIA, pré-natal, saúde do idoso e outros, se dedicam tão somente em atender á demanda livre de cada UBS.

8 – Durante nossa intervenção, não pudemos contar com o tão importante apoio de nutricionista, para hipertensos e diabéticos, contar com esse profissional é de fundamental importância para auxilia-los nos seus tratamentos e ter através de orientações nutricional (dietas) melhor qualidade de vida.

9 – Educador Físico, este profissional também é de muita importância para que hipertensos e diabéticos sejam orientados quanto às práticas de esportes, durante nossa intervenção também não pudemos contar com este profissional.

10 – Durante nossa intervenção observamos que é comum em algumas UBS deste município, a Triagem sendo realizado por Agentes Comunitários de Saúde, este procedimento á nossa ótica deveria ser realizado por auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem, pois são profissionais que constam do quadro e equipe do ESF de cada UBS, ACS devem ter suas atividades focadas nas visitas domiciliares onde os endereços exige parte das vezes longas caminhadas.

#### **4.4. Relatório da intervenção para a comunidade**

Ao Sr. Zózimo Soares Catunda

M.D - Presidente da Comunidade Liberdade – Manacapuru/Am.

CC. Sra. Aline Silva – ACS. Agente Comunitária de Saúde e comunitária residente na área de abrangência da UBS – Loteamento Monte Cristo.

Sra. Maria Aparecida Cabral – Pastoral da Criança da Comunidade.



## **Ref.: Relatório da Intervenção para Comunidade (Enfo. Walderlir Mota)**

Como foi do conhecimento de todos os colaboradores da UBS Gaspar Fernandes unidade esta localizada no bairro Liberdade município de Manacapuru, de fevereiro a maio de 2013, estivemos realizando o projeto de Intervenção em atendimento parcial ao curso de Pós Graduação em EAS – Estratégia Saúde da Família patrocinada pelo Ministério da Saúde através do Provac em parceria com a UFPel – Universidade Federal de Pelotas, nosso projeto recebeu o nome de “Melhoria da Atenção aos Adultos portadores de Hipertensão e/ou Diabete Mellitus” residentes na área de abrangência e assistidos pela UBS Gaspar Fernandes município de Manacapuru – Am. Nossa população alvo foi hipertensos e diabéticos cadastrados no programa hiperdia da UBS, pelo tempo que dispúnhamos para a implementação do projeto (120 dias), delimitamos nossa população em até 50% dos usuários acompanhados na unidade de saúde, assim sendo 72 (setenta e duas) pessoas portadoras de diabetes foram atendidas durante nossa intervenção e outras 252 (duzentos e cinquenta e duas) pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica.

Com a colaboração de toda a equipe do PSF da unidade, iniciamos nossa intervenção a partir das visitas domiciliares sempre em companhia de ACS's – Agentes Comunitários de Saúde, esta estratégia foi colocada em prática face às muitas reclamações que nos chegavam através de comunitários que no dia a dia buscavam atendimentos de saúde na UBS, uma das queixas mais frequente era a ausência das visitas domiciliares por parte de profissionais de enfermagem e/ou medicina, diziam que estas só aconteciam quando uma pessoa da família do usuário (a) necessitado (a) de assistência comparecia a UBS e solicitava a visita do médico ou da enfermeira mesmo assim, quase nunca aconteciam, alegavam falta de tempo, completavam.

Durante as visitas que realizamos constatamos vários casos de abandono ao programa motivado pelos mais diferentes motivos inclusive políticos, a falta de informações concernente às doenças (hipertensão / diabete) era muito comum naquelas pessoas, aspectos importantes como, por exemplo: dieta a ser observada por hipertensos e diabéticos, a prática de esportes o prejuízo à saúde causado pelo tabagismo (fumo) bem como o consumo de bebidas alcoólicas, ainda não tinha

sido esclarecido pelos profissionais de saúde do programa aos comunitários registrados no programa do Hiperdia da UBS. Constatamos também muitos hipertensos e diabéticos estavam descompensados em função de não estarem tomando regularmente suas respectivas terapias medicamentosas, alegavam que nem sempre a UBS tinha em seus estoques as medicações prescritas e por não disporem do dinheiro para comprar, aguardavam a chegada dos mesmos no centro de saúde. Para esses comunitários informamos como funcionava o sistema da Farmácia Popular e o que era preciso para que estes tivessem acesso às suas respectivas medicações, a partir daí e já cadastrados no sistema da Farmácia, passaram a ter suas medicações despachadas de forma regular e se manterem compensados quer seja; nos níveis pressóricos (PA) e glicêmicos.

A comunidade deve estar sempre mobilizada para que as Atenções de Saúde cheguem até seus comunitários de forma integral e igualitária como o previsto nas diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde, a comunidade não deve aceitar desculpas que não de ordem técnica, pois dizer que não dispõem de tempo para realizar visitas domiciliares não é desculpa a ser aceita, afinal saúde consta da Constituição Federal do Brasil, “é um direito de todos e dever do Estado”.

Outro aspecto importante que a comunidade precisa saber e discutir com a Gestora da UBS através de seus representantes é sobre as ações de saúde que a comunidade precisa e observar que ações preventivas realizadas em colégios, igrejas, clubes e pastorais, são de muita relevância como forma de prevenir doenças e consequentemente proporcionar melhor qualidade de vida. Nossa intervenção deixou boas sementes plantadas para a comunidade, no que diz respeito à Atenção Básica de Saúde, mas para que estas sementes germinem e deem bons frutos, necessário será que a comunidade esteja mobilizada e vigilante quanto às ações de saúde desenvolvidas pela sua UBS.

#### Contributos proporcionados para a Comunidade

- Hipertensos e Diabéticos devidamente orientados quanto a como lidar bem com suas doenças;
- Famílias de Hipertensos e Diabéticos mais orientados sobre o melhor cuidar de seus familiares;

- 252 hipertensos e 72 diabéticos cadastrados no programa Farmácia Populares, recebendo suas medicações regularmente e mantendo-se compensados em níveis pressóricos e glicêmicos;
- 57 hipertensos e 25 diabéticos com estratificação de risco cardiovascular com exames clínicos em dia;
- 40 hipertensos e 25 diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo;
- 172 hipertensos e 35 diabéticos receberam orientações quanto às respectivas dietas a ser seguida para uma melhor qualidade de vida;
- 97 hipertensos e 26 diabéticos receberam orientação quanto a importância de manterem atividades físicas e incluir em suas rotinas;
- 177 hipertensos e 23 diabéticos receberam orientação quanto o perigo do tabagismo para suas doenças. Outro contributo talvez o mais importante de todos foi a otimização e/ou estreitamento na relação PSF e Comunidade, hoje a receptividade e credibilidade do programa está resgatado é só perseverar nas ações, inclusive com zelo e observância da comunidade.

Walderlir Mota – Enfermeiro aluno do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pelo Ministério da Saúde (Provab) e Universidade Federal de Pelotas – RS.

## **5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

Ao tomarmos conhecimento da nossa aprovação na seleção do Provab para realizarmos o curso de ESF, muito entusiasmados ficamos, afinal com meus 65 anos e ao meio de tantos jovens que comigo concorreram, foi realmente muito emocionante e motivadora a notícia. Realizamos os primeiros contatos com os organizadores da parceria Ministério da Saúde – Provab e UFPel – Universidade Federal de Pelotas – Coordenação de curso ESF, e fomos comunicados que o aluno, mesmo que selecionado, só poderia realizar aquele curso se estivesse atrelado a uma UBS, não era o meu caso, fui à luta, entrei em contato com as Secretarias de vários municípios do estado inclusive da capital, o período (político) conspirava contra nossas pretensões, o curso já iniciara. O passar dos dias me

deixava desesperado, iniciei com visitas as UBS's da capital, às gestoras, explicava minha situação assim obtinha destas o consentimento temporário e oficioso até realizar as tarefas pelo curso solicitado. A prefeitura de Manaus não fez convênio com o Provab e isto dificultava nossa situação. Finalmente em agosto recebemos da secretaria municipal de saúde de Manacapuru a autorização para que pudéssemos naquela cidade realizar nossas atividades de campo conforme requisito do curso, o município era conveniado com Ministério da Saúde / Provab.

Pelos motivos acima expostos, nossos primeiros trabalhos foram elaborados com base nos serviços de saúde ofertados as populações adstritas das UBS's da capital onde temporariamente passamos como enfermeiro visitante. Em setembro de 2012, já em Manacapuru, fomos indicados pela responsável do Provab no município para atuarmos na UBS Gaspar Fernandes localizado no bairro Liberdade considerado o mais populoso do município.

Por já termos atuado na ESF/ESF em outro município do estado mais precisamente cidade de Manicoré situada á margem direita do Rio Madeira, foi de relevada importância para que desenvolvêssemos nossas atividades com mais segurança desta feita em Manacapuru, município este pertencente à região metropolitana de Manaus, permito-me aqui ressaltar que a organização do curso através de suas coordenações, suportes pedagógicos e orientações disponibilizadas aos alunos no decorrer das atividades, foram de muita importância na facilitação do aprendizado do conhecimento.

Com experiência vivenciada em outro município na ESF, esperávamos que ao chegarmos a Manacapuru como enfermeiro - aluno de um curso de Pós Graduação promovido pelo Ministério da Saúde – Provab em parceria com a UFPeI Universidade Federal de Pelotas RS, ser mais bem acolhido e ter melhor atenção por parte dos (a) colegas enfermeiros (a), que a época respondiam pela UBS a nós disponibilizada, não foi o que esperávamos, vários foram às desculpas para dificultar nossos trabalhos, uma delas foi que a unidade dispunha de poucas salas para atendimentos e que essas eram destinadas a médicos, dentista, imunização, curativo, recepção e gerencia da UBS, estas foram algumas das dificuldades por nós superadas durante nossa passagem pelo programa ESF daquele município. O forte aliado para nossa intervenção junto o programa HIPERDIA foi o elo que

estabelecemos com os colaboradores da UBS com destaque para os ACS que embora não tivessem a experiência quanto ao programa, receberam capacitação e foram de muita importância nas realizações das ações.

A cada semana os conteúdos proporcionados pelo curso aos alunos permitiram atuações mais seguras e sempre respaldadas no conhecimento adquirido, tornando assim cada ação e/ou procedimento realizado um novo aprendizado e crescimento profissional.

Em relação aos **aprendizados mais relevantes em decorrência do curso**, podemos dizer que foram muitos, mais à nossa ótica, os que mais somaram para nosso crescimento profissional foram:

- Com a unidade 1 – Análise Situacional, no item Estruturas da UBS o curso através dos conteúdos disponibilizados aos alunos, permitiu-nos conhecer como deve funcionar uma UBS e os requisitos mínimos concernentes à estrutura preconizado pelo Ministério da Saúde, aquelas informações nunca chegam aos profissionais que atuam no dia a dia da Atenção Básica de Saúde. Também não poderia deixar de enaltecer os Casos Interativos constantes dessa unidade, colocados com uma técnica didática pedagógica tal que permitiu alunos voltarem para sala de aula e/ou, campos de trabalhos, excelentes, momentos de grandes relevâncias ao aprendizado.

Com os conteúdos da unidade 3 – Intervenção, todos de muitos instrutivos, todavia consideramos o de maior relevância para o nosso crescimento profissional os itens constantes das Planilhas de Coletas de Dados para Hipertensos e Diabéticos, **tudo novo**, para mim foi talvez o mais relevante aprendizado na minha capacitação, com o modelo sugerido e colocado pelo curso, permiti-nos adequar e elaborar outras Planilhas até mesmo de outros programas da ESF/ESF.


- Com a unidade 4 – **O conhecimento de como planejar e realizar uma intervenção dentro dos princípios técnicos pedagógicos**, vez que durante nossa formação profissional pouco se falou e/ou praticou este tipo de ação tão importante para os profissionais de saúde, agora podemos dizer que detemos o conhecimento de como planejar e intervir em qualquer programa da ESF.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.
- FREITAS, O. C. et al. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Catanduva, SP. *Revista Brasileira de Cardiologia*, SP, 2001.
- GARCIA, S. M. S. et al. Aspectos Socioepidemiológicos e Clínicos de Portadores de Hipertensão Arterial. *Revista Enfermagem UFPE*, CE, 2007.
- GROSS, J. L. et al. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia&metabologia*, São Paulo, 2002.
- JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, SP, 2007.
- PEREZ, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, SP, 2003.
- SILVA, S. P.; SANTOS, M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. *Arquivo de Ciências de Saúde*, 2004.
- SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes *Mellitus* e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, SP, 2006.
- SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, RP, 2002.

## ANEXOS

### Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

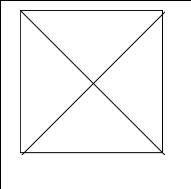
Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



**Objetivo Geral: Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área Adstrita da UBS Gaspar Fernandes - Manacapuru/Am.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	AÇÕES
Ampliar cobertura a Hipertensos e Diabéticos	Rastreamento de adultos com 18 anos ou mais de idade convivendo com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.	Capacitar equipe de ACS para verificação da pressão arterial de forma digital e com uso do manguito, incluindo o uso correto do hemoglicoteste. Informar a comunidade sobre o o dia para atendimento na UBS para hipertensos e diabéticos.
Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa	Cadastrar casos de hipertensão e/ou diabetes ainda não incluso no programa	Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência.
Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários do Programa Hiperdia.	Inclusão do Profissional de Enfermagem nas Consultas do Programa Hiperdia da UBS(sugestão)	Realizar reunião com gestora da UBS e apresentar o projeto para inclusão da (o) profissional de enfermagem nas consultas do hiperdia.
Melhorar os registros das informações	Manter prontuários 100% atualizados dos Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS	Monitorar qualidade dos registros de Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS
Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular	Realizar extratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos e/ou Diabéticos acompanhados na UBS periodicamente	Monitorar o número de pacientes de Hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da extratificação de risco por ano
Realizar ações de promoção à Saúde e prevenção de doenças nas famílias dos Hipertensos e/ou Diabéticos	Garantir consultas periódicas aos hipertensos e/ou diabéticos com os profissionais de saúde do programa.	organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
	Investigar hábitos alimentares em 100 % das famílias dos hipertensos e diabéticos.	Por ocasião das visitas investigar hábitos alimentares de hipertensos e diabéticos.
	Assegurar orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.	Monitorar a realização de orientação nutricional em 100% dos hipertensos e diabéticos. A4:C31

Prefeitura Municipal de Manacapuru  
Secretaria Municipal de Saúde

MS - HIPERTENSÃO  
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

UNIDADE DE SAÚDE: GASPAS FERNANDES

PACIENTE	DIABÉTICO C/ HIPERTENSÃO (x)	PRESSÃO		Peso (em Kg)	Altura (em Cm)	Não existem complicações	COMPLICAÇÕES (X)							Nº de comprimidos p/ dia					Insulina NPH	Outros medicamentos (x)	EXAMES (x)						
		PAS	PAD				Angina	IAM	AVC	Pé diabético	Amputação por Diabetes	Doença Renal	Fundo de olho alterado	Hidroclorotiazia 25mg	Propranolol 40 mg	Captopril 25mg	Glibenclâmida 5mg	Metformina 850 mg			HB Glicosilada	Creatinina Sérica	Colesterol total	ECG	Triglicérides	Urina Tipo I	Microalbuminúria
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											

Responsável pelo atendimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_